FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 N° 265

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

KHADRI Chedly

Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 28 Septembre 1937, à Sfax (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le

AMÉLIORATION DE LA FONCTION RÉNALE APRÈS RÉSECTION DE LA JONCTION PYÉLO-URÉTÉRALE POUR HYDRONÉPHROSE.

Président : Mr. KUSS, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

Paris (6e)

1969

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

KHADRI Chedly

Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 28 Septembre 1937, à Sfax (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le

AMÉLIORATION DE LA FONCTION RÉNALE APRÈS RÉSECTION DE LA JONCTION PYÉLO-URÉTÉRALE POUR HYDRONÉPHROSE.

Président Mr. KUSS, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRE (R.), DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.), LELONG (M.), LEVY (Melle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MADURO (R.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

PROFESSEURS :

A. - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
- à titre personnel	CABROL (Ch.)
- -	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
- à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
- -	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	DESGREZ (P.)
- -	POLONOVSKI (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
- à titre personnel	CARTIER (P.)
- - -	DREYFUS (J.-Cl.)

MM.

Biologie médicale, à titre personnel	BOURLIERE (F.)
- - - -	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DJOURNO (A.)
- -	DOGNON (A.)
- à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
- - -	GOUGEROT (L.)
- - -	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
- -	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
- à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
- à titre personnel	LOEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	MALMEJAC (J.)
-	PARROT (J.)
- à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1°- MEDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
- -	BRICAIRE (H.)

MM.

Pathologie médicale	CORNET (A.)
- -	HOUSSET (E.)
- -	LAROCHE (Cl.)
- à titre personnel	AZERAD (E.)
- - -	BOUR (H.)
- - -	BROCARD (H.)
- - -	CAROLI (J.)
- - -	FACQUET (J.)
- - -	LAMBLING (A.)
- - -	LAUNAY (Cl.)
- - -	PAYET (M.)
- - -	PERRAULT (M.)
- - -	SIGUIER (F.)
- - -	WORMS (R.)
- - -	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutiques générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
- - (Broussais)	SOULIE (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
- à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
- à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
- à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)

MM.

Clinique des maladies du sang ..... ANDRE (R.)
à titre personnel (hématol.) ..... BOUSSER (J.)
- - - - ..... DREYFUS (B.)
- - - - .....

Cliniques médicales
(Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... PEQUIGNOT (H.)
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)
(- ..... CONTE (M.)
(- ..... KOURILSKY (R.)

Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique et séméiologie médicales (Antoine-Chantin) ..... DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
- à titre personnel ..... GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
- à titre personnel ..... RICHET (G.)
- - - ..... CROSNIER (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades) ..... ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... BRISSAUD (H.)
- à titre personnel ..... LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
à titre personnel ..... POLONOVSKI (Cl.)

MM.

Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
- à titre personnel ..... KREIS (B.)
- - - ..... MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice ..... GROSSIORD (A.)
Electroradiologie ..... LEDOUX-LEBARD (M.)
- ..... LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
- à titre personnel ..... FISCHGOLD (H.)
- - - ..... TUBIANA (M.)
- - - ..... CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal) ..... GAULTIER (M.)

2°- CHIRURGIE

Anesthésiologie ..... VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G.)
- - ..... KUSS (R.)
- - ..... N...
- à titre personnel ..... RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales ..... MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale ..... MONSAINGEON (A.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy) ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
- à titre personnel ..... BREHANT (J.)

Cliniques chirurgicales :
(Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)

MM.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) ..... POILLEUX (F.)
- - (Saint-Louis) ..... DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNE (R.)
- - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
- - (Beaujon) ..... CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
- à titre personnel ..... CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
- à titre personnel ... GAUDARD D'ALLAINES (Cl.de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque) ... LEPAGE (F.)
- (Saint-Antoine) ..... MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ... DAVID (M.)
- à titre personnel ..... LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
- - (Hôtel-Dieu) OFFRET G.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)

C. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie ..... GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique ..... GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie ..... CHRISTOL (D.)
Bactériologie ..... LE MINOR (L.)

	MM.
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	CECCAL (P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. - PROFESSEURS DETACHÉS DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Fr. s. ch.

E. - PROFESSEURS ASSOCIÉS

	MM.
Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Bibliothécaires : Mme CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SOEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR KUSS

Professeur de la Chaire
de Pathologie Chirurgicale,

Chirurgien des Hôpitaux,

Auquel je dois le sujet
de cette thèse.

Je le félicite pour la
perfection de ses méthodes et pour la rigueur
de sa pensée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de la Chaire de Clinique Urologique
(Hôpital Necker),

Chirurgien des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

En le remerciant pour
l'excellente qualité de
son enseignement,

Je le félicite pour les
multiples services qu'il
a rendus à l'Urologie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MILLIEZ

Professeur de la Chaire de Pathologie médicale
Clinique néphrologique (Hôpital Broussais),

Médecin des Hôpitaux.

En leur exprimant mon admiration,
ma profonde sympathie,

à Monsieur le Docteur J. MICHOUN,

à Monsieur le Professeur Agrégé J. AUVERT,

à Monsieur le Docteur C. CHATELAIN,

à Monsieur le Professeur POILLEUX,

à Monsieur le Docteur M. GARBAY.

A Messieurs les Docteurs H. LARRIEU

B. GIRAUD

F. MATHIEU

En les remerciant de
leur collaboration
fructueuse.

A TOUS MES ANCIENS MAÎTRES

D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

AMÉLIORATION DE LA FONCTION RÉNALE

APRÈS RÉSECTION DE LA JONCTION PYÉLO-URÉTÉRALE

POUR HYDRONÉPHROSE

****

"Le terme d'hydronéphrose doit être réservé aux seules dilatations du bassinet et des calices. Ce terme est de plus en plus réservé aux seules dilatations congénitales". (J. CIBERT)

Telle est la signification actuelle de ce terme employé de longue date.

L'hydronéphrose est donc liée à une anomalie de la jonction pyélo-urétérale, de parti pris congénitale. Elle doit être différenciée du mégabassinet congénital (UIV sans compression à clichés tardifs).

Sans avoir la prétention d'élucider la pathogénie de l'hydronéphrose, il est bon de rappeler les diverses anomalies constatées opératoirement, avec confirmation histologique dans la plupart des cas, et dont la responsabilité est incontestable. Il peut s'agir :

- d'une artère polaire inférieure, précroisant et comprimant la jonction pyélo-urétérale ;

- de formations fibreuses péri-urétérales ;

- de rétrécissement de la jonction par fibrose pariétale ou par hypertrophie de la musculeuse ;

- de valvules muqueuses ;

- d'atrésie de la jonction et de l'uretère supérieur ;

- d'implantation anormale de l'uretère dans le bassinet avec ou sans coudure urétérale ;

- Enfin, il est des cas où la jonction paraît strictement normale. On parle alors de "jonction fonctionnelle", la gêne à l'évacuation pyélique étant purement fonctionnelle. Cette notion de "maladie

fonctionnelle" est appuyée par les données radiocinématographiques : la jonction est inerte sur 1 ou 2 cm et les contractions pyéliques ne sont pas transmises à l'uretère.

o o

Parmi les diverses méthodes proposées pour le traitement de l'hydronéphrose (section ou transposition d'un vaisseau anormal, urétérolyse, urétérotomie extra-muqueuse, urétérotomie totale sur grosse sonde de modelage en espérant la régénération urétérale, pyéloplastie en VY, anastomose latéro-latérale pyélo-urétérale, néphropexie pour réduire un siphon, etc...), la résection de la jonction pyélo-urétérale, prônée en France par René KUSS depuis plus de 15 ans, mérite une mention spéciale. Simple dans son principe (résection limitée à la seule jonction le plus souvent, mais étendue au bassinet si celui-ci est très distendu et aux premiers centimètres de l'uretère si ce dernier est atrésié dans son segment supérieur ; anastomose au catgut très fin à points séparés entre la partie déclive du bassinet et l'uretère), elle est d'exécution délicate, notamment chez l'enfant.

La résection de la jonction doit être complétée par un drainage (sonde urétérale chez l'adulte dans la plupart des cas, pyélostomie chez l'enfant). Elle nécessite enfin une surveillance post-opératoire minutieuse (urographies, lavages et vidange du bassinet, s'il existe un résidu pyélique important et infecté).

Avec aujourd'hui un recul suffisant, en considérant les résultats des résections de jonction pratiquées dans d'importants services urologiques parisiens, on s'aperçoit qu'il s'agit là d'une méthode de choix dans le traitement de l'hydronéphrose.

L'étude de 97 observations va nous permettre d'apprécier le devenir de la fonction rénale après résection de la jonction pyélo-urétérale. Classi-

quement, étudier la valeur fonctionnelle d'un rein, c'est étudier son pouvoir de sécrétion. Mais il est apparu que ce pouvoir de sécrétion est étroitement lié au pouvoir d'excrétion des cavités rénales (calices et bassinet). C'est ainsi que certaines méthodes récentes explorant le péristaltisme pyélo-urétéral (radiocinématographie, manométrie du haut appareil urinaire) permettent indirectement d'apprécier la valeur fonctionnelle du parenchyme rénal. (Dans notre série d'observations, ces méthodes ont été rarement appliquées).

OBSERVATIONS

DANS 50 CAS, LA FONCTION RENALE A ETE AMELIOREE PAR LA RESECTION DE JONCTION.

AGGA H., 60 ans (2)

- En Avril 1966 : colique néphrétique droite, hématurie. Urée sanguine = 0,25 g/l.

UIV : pas de retard de sécrétion ; hydronéphrose droite ; calcul du calice inférieur droit.

- Le 16-5-1966 : intervention (Pr. KUSS).
Grosse dilatation pyélique ; résection de la jonction pyélo-urétérale droite.

Les clearances de l'urée et de la créatinine pratiquées après division d'urines sont bonnes pour le rein droit.

- 2 mois plus tard : régression des dilatations sur l'urogramme.

- En 1967 : bon état clinique. Bon fonctionnement du rein droit qui n'est plus dilaté.

BUR.. P., 29 ans (4).

- Début en 1958, par colique néphrétique gauche, suivie d'hématurie. Persistance d'une gêne à l'effort dans la région lombaire gauche.

- En 1964 : urée sanguine = 0,40 g/l.

UIV : retard de sécrétion à 75 mn, hydronéphrose gauche.

PSP : 55 % à la 70e minute.

- Le 20-6-1964 : Intervention (Pr. KUSS). Résection de la jonction sans obstacle organique pour grosse hydronéphrose en rétention. Résection d'un opercule parenchymateux recevant le calice inférieur. Extraction de 4 calculs.

Suites : infection à germes Gram -, jugulée par lavages et nitratages du bassinet. Furandoïne, Nibiol.

L'évolution est favorable, tant sur le plan clinique que radiologique. (Les dilatations pyélo-calicielles s'atténuent et la sécrétion apparaît nettement à 10 mn.) (65 et 66).

BERG. M., 21 ans (5).

- Début en Juin 1964, par douleurs lombaires droites.

UIV : hydronéphrose droite, ptose rénale, net retard de sécrétion.

Le port d'un corset n'entraînant aucune amélioration, on décide d'intervenir.

- Intervention le 30-4-1965 (Dr. BITCKER) : fibrose péripyélique, résection de la jonction, suture pyélo-urétérale, sonde n° 14.

- Suites : montée de sonde, car la sonde d'urétérostomie in situ ne donne plus. Petite infection urinaire traitée par Nibiol et Gantenol.

- 6 mois plus tard : l'amélioration est très nette.

UIV : sécrétion dès 5 mn. Evacuation pyélique dès 15 mn.

- Revue en 1966 et 1967 : va très bien.

BLI... V., 10 ans (6).

- En 1962 : crise douloureuse iliaque droite, appendicectomie.

- En 1963 : douleurs de la fosse iliaque gauche avec fièvre à 40° qui cède sous antibiothérapie.

- En 1965 : apparaissent des douleurs lombaires gauches ; l'UIV montre un retard de sécrétion à gauche (30 mn) et des images en boules. L'UPR confirme l'existence d'une volumineuse hydronéphrose.

Fonction rénale globale : clearances 29-68. PSP = 40 %.

- Intervention : le 21-1-1966 (Pr. KUSS) : hydronéphrose par anomalie de la jonction ; résection.

Histologie : scléro-lipomatose et fibrose de la musculeuse traduisant une pathologie nette de la jonction.

- 5 mois plus tard : l'amélioration est nette, clinique et urographique (sécrétion dès 5 mn, mais un peu faible ; évacuation en 1 heure de temps).

- En 1967, va bien. Urines claires. Repart au Maroc.

BICH... P., 20 ans (7).

- Depuis 1966 : douleurs lombaires droites, d'intensité variable, souvent nocturnes.

- Avril 1967 : douleurs lombaires droites vives. UIV : Imprégnation légère des voies excrétrices droites à 20 mn ; hydronéphrose droite.

Fonction rénale globale bonne ; urée = 0,25 g/l. PSP = 70 %. Clearances 46 - 119 (1).

- Intervention le 26-5-1967 (Pr. KUSS) : résection de la jonction droite, anastomose en sifflet après décroisement d'une artère polaire inférieure. Suites très simples. Sonde urétéros-

---

(1)- Nous avons pris l'habitude d'exprimer les clearances de l'urée et de la créatinine en ml/mn seulement par les 2 chiffres dans l'ordre respectif.

tomie in situ.

- Au 14e jour : pyélographie : pas de sténose de la jonction. Clearances séparées : à droite : urée 32, créatinine 52 ; à gauche : urée 30, créatinine 45.

Le rein droit est donc bon.

L'UIV de contrôle montre un retard moins marqué (opacification à la 10e minute). Un passage correct dans l'uretère, mais les dilatations restent pratiquement inchangées.

- Un an plus tard : les dilatations des cavités pyélo-calicielles droites ont régressé.

BOY..., 40 ans (10).

Depuis l'âge de 10 ans : coliques néphrétiques gauches répétées.

- 1ère UIV pratiquée en 1958, montrant un retard d'opacification à gauche ; hydronéphrose gauche de moyenne importance ; calculs dans les calices gauches.

- Intervention le 14-3-1959 (Pr. KUSS) : ablation des calculs, résection de la jonction.

- Dans les suites : pyélonéphrite gauche qui rétrocède sous traitement (Kanamycine, Furandoïne) et lavages pyéliques à la Néomycine.

- 4 ans plus tard : les coliques néphrétiques réapparaissent plus ou moins accompagnées d'hématuries totales. L'UIV montre une augmentation de volume des calculs restants caliciels et un gros calcul pyélique. Les distensions pyélo-calicielles persistent.

- Le 3-6-1964 (Pr. KUSS) : Pyélotomie pour gros calcul pyélique ; extraction des calculs caliciels. L'UIV pratiquée dans les jours suivants montre une amélioration.

- Cette amélioration se précise dans les mois et les années qui suivent. La fonction rénale

gauche, jugée sur l'urogramme et les examens biologiques, est normale.

CAPR... M., 50 ans (11).

- En 1943 : au cours d'une laparotomie exploratrice, on note que le rein droit est entièrement calcifié.

- Une UIV, pratiquée systématiquement en 1947, montre une hydronéphrose gauche, donc, sur rein unique. Le Dr. ALKEN intervient alors pour pratiquer : section d'un vaisseau polaire inférieur et néphropexie.

- Mais des poussées de pyélonéphrite aiguë s'échelonnent entre 1954 et 1962 (Octobre).

- En Octobre 1962, un bilan est pratiqué :

PSP< 10 % (75 mn)
Clearances = 23-24
UIV : sécrétion à 15 mn, hydronéphrose gauche.

- L'intervention est précédée d'une montée de sonde pour évacuation et lavages du bassinet (antibiotiques).

- Intervention le 13-10-1962 (Pr. KUSS) : résection de la jonction pyélo-urétérale gauche, séquelles d'un infarctus polaire inférieur consécutif à l'ablation d'un vaisseau anormal.

- Suites simples. Quitte le service le 10-11-1962.

- Octobre 1963 : nette amélioration clinique et urographique. Montée de sonde : 20 cc de résidu pyélique non infecté.

- Octobre 1964 : PSP : 43 %.

- Septembre 1965 : Clearances 28-64. UIV très satisfaisante.

- Mai 1967 : L'évolution se maintient favorablement : pas de fièvre ni de douleur ; urines

stériles ; UIV très bonne.

CAB... P., 44 ans (12).

- Août 1961 : apparition à la suite d'un voyage en voiture de douleurs lombaires gauches. Puis ces douleurs se bilatéralisent et deviennent fréquentes, accrues par les règles et l'effort, s'accompagnant de dysurie et pollakiurie.

- En Janvier 1963 : pyélonéphrite droite (Péni., Strepto.). En Mars : 2me pyélonéphrite (Péni., Coli.).

- Mai 1963 : UIV : hydronéphrose bilatérale, plus marquée à droite (distension pyélo-calicielle importante), avec retard de sécrétion de ce côté. Des deux côtés, image d'obstacle au niveau de la jonction pyélo-urétérale.

- Le 27-11-1963 : Intervention (Pr. KUSS) : intervention précédée d'une division d'urines ; urée = 0,20 g/l.

Rein droit :	Rein gauche (vessie) :
PSP = 20 %	PSP = 40 %
PH = 5,8	PH = 5,4
Clear. = 18-36	Clear.= 21 - 48

- CRO : hydronéphrose par dysectasie fonctionnelle. Résection de jonction droite. Parenchyme rénal : bon. Histologie : oedème de la jonction. Suites opératoires simples.

Nouvelle division d'urines :

Rein droit :	Rein gauche:
PSP = 20 %	PSP = 25 %
Clear. = 33 - 57	Clear.= 27 - 61

Donc : fonctions rénales bonnes et symétriques.

- En 1964 : va bien. UIV : fonction rénale droite bonne ; petite dilatation du rein droit.

- En 1965 : persistance d'une dilatation du rein droit. Montée de sonde. Lavage du bassinet (antibiotiques).

- En 1966 : amélioration urographique nette. Persistance d'une petite infection urinaire (antiseptiques urinaires).

- En 1967 : va bien.

58 ans (13).

- En 1954 : douleurs lombaires gauches. Trois hématuries.

- En 1958 : UIV qui montre calcul rein gauche (pyélique) ; à 5 mn, le rein gauche est complètement opacifié ; le rein droit ne s'opacifie qu'au bout de 15 mn. Hydronéphrose droite ; l'uretère droit n'est pas visible.

- 27-5-1959 (Pr. KUSS) : ablation du calcul pyélique gauche.

- En 1960 : colique néphrétique droite suivie d'hématurie.

- Entre 1960 et 65 : douleurs lombaires droites plus ou moins fréquentes, accusées par l'effort.

- En Octobre 1965 : colique néphrétique droite intense, suivie d'hématurie. Les examens pratiqués mettent en évidence une infection urinaire (nombreux germes Gram -) ; un bilan phospho-calcique normal ; UIV : hydronéphrose droite dont le volume s'est accru ; UPR droite : opacification du bassinet distendu, sténose de la jonction pyélo-urétérale droite.

Etant donné le caractère intermittent des douleurs et une légère variabilité des images radiologiques, on envisage le radiocinéma qui objective un bassinet distendu, animé de petites contractions ne livrant passage au liquide que très difficilement.

- Intervention le 8-12-1965 (Pr. KUSS) : résection de la jonction droite, pyélonéphrite localisée au pôle inférieur du rein, dysectasie de la

jonction (pas d'obstacle organique).

- Division d'urines post-opératoire :

Rein droit : PSP = 30 %
Clear. = 29 - 47

Vessie (Rein gauche) :
PSP = 30 %
Clear. = 28 - 44

Donc, fonctions rénales superposables.

- Pyélographie par la sonde d'urétérostomie : bon passage au niveau de la jonction, évacuation du bassinet à 20 mn.

- Juin 1966 : bonne UIV : opacification à 5 mn. Image urétérale. Clearances globales 56-109. La fonction rénale est donc bonne.

- 1967 : bonne UIV : bon état clinique, urines limpides.

COMP... N., 20 ans (14).

- Début des troubles en 1960 : douleurs lombaires gauches, infection urinaire traînante.

- En Septembre 1961 : UIV : délais de sécrétion du produit opaque normaux des deux côtés ; hydronéphrose gauche importante ; petit calcul caliciel inférieur gauche.

- Le 14-10-1967 : Intervention (Dr. BRISSET) : Lombotomie par D12. Rein gauche augmenté de volume, à parenchyme peu épais. Décroisement. Résection de la jonction. Ablation d'un petit calcul caliciel.

Histo. : Oedème de la sous-muqueuse.

L'évolution est favorable : disparition des douleurs. On note une poussée staturo-pondérale (plusieurs centimètres en un an), l'enfant ayant 13 ans au moment de l'intervention.

- En Août 1962 : montée de sonde : il n'y a pas de résidu pyélique ni de sténose au niveau de la néo-jonction. L'UIV montre : un bassinet plat, mais des calices en boules.

La résection de jonction a donc amélioré la dilatation pyélique ; mais les dilatations calicielles persistant alors que, par ailleurs, le BK n'a jamais été découvert dans les urines, il s'agit vraisemblablement d'une mégacolicose congénitale associée.

- En 1963 : UIV : même aspect (bon fonctionnement du rein gauche).

- En 1964 : bilan fonctionnel rénal après division d'urines :

Rein droit : PSP = 20 %
Clear. = 19 - 46

Rein gauche :
PSP = 20 %
Clear. = 2 - 10

On note l'absence de rétention pyélique gauche (lavage et nitratage du rein).

La persistance d'une insuffisance du rein gauche, comparativement au rein droit, est en rapport avec l'anomalie calicielle associée. Compte tenu de la précocité et de la qualité de la sécrétion sur l'UIV, on peut dire que la résection de la jonction a tout de même amélioré la fonction rénale.

H. CORN ..., 38 ans (15).

- En 1955 : néphrectomie droite pour tuberculose. On note déjà, à cette époque, une légère dilatation des cavités gauches sur l'urogramme.

- En Avril 1960 : colique néphrétique gauche. L'urée sanguine est à 1,45 g/l. L'UIV pratiquée après défervescence de la poussée azotémique montre : une hydronéphrose gauche, un retard de sécrétion franc.

- En Mars 1961 : urée 0,60 g/l ; UIV : aggravation de l'hydronéphrose.

Au total : importante hydronéphrose sur rein unique dont il faut noter le caractère évolutif.

- Le 17-6-1961 : Intervention (Pr. KUSS) : UPR pré-opératoire : pas de sténose urétérale lombaire ou pelvienne, remplissage du bassinet, anomalie de la jonction P.U.- Résection de jonction, décroisement d'un pédicule vasculaire atypique (causal). Sonde urétérale. Sonde de pyélostomie.

Histo. : oedème de la sous-muqueuse.

- 5 Juillet 1961 : retrait des 2 sondes. Quelques fuites urinaires qui se tarissent. L'urée se maintient à 0,60 g/l. UIV : l'opacification des cavités excrétrices commence à la 15e minute.

- Le 17 Juillet 1961 : anurie (excrétoire), précédée de lombalgies gauches. Fuite d'urines par la cicatrice de néphrostomie. Montée de sonde urétérale qui ramène des urines troubles. L'urée retombe le lendemain à 0,35 g/l (antibiotiques + antituberculeux).

- Le 5 Août 1961 : Nouvelle rétention aiguë pyélique avec fièvre, lombalgies. Montée de sonde. Suites favorables.

- Septembre 1961 : UIV : Bassinet encore légèrement dilaté ; pas de retard de sécrétion. Bonne vidange pyélique.

- Mai 1962 : UIV : idem.

- 1963 : Va bien. Urines stériles. Urée = 0,35 g/l. Clearance de l'urée : 54. UIV : Nouvelle amélioration.

- 1964 : Va bien. Bonne fonction rénale.

CAZ... M., 18 ans (17).

- En Décembre 1964 : survenue d'une hématurie après une partie de foot-ball. L'UIV montre alors une hydronéphrose bilatérale prédominant à droite.

A droite : images en boules des calices ; bassinet très dilaté, s'opacifiant tardivement et s'évacuant au bout de 3 h. ; parenchyme rénal aminci.

A gauche : distension pyélique ; pas de retard

d'opacification.

L'urée est normale à 0,30 g/l ; pas de germes dans les urines. PSP = 60 %. Clearances = 43 - 115.

- En Juillet 1966 : Nouvelle UIV : à droite, le retard de sécrétion est plus important. Augmentation des dilatations pyélo-calicielles : la limite inférieure du bassinet confine au détroit supérieur.

- Etant donné ce caractère évolutif de l'hydronéphrose droite, l'indication opératoire est posée.

- Le 6 Juillet 1966 : Intervention (Pr. KUSS): Le bassinet est animé de contractions ; à chaque systole pyélique apparaît un bulbe pré-jonction. Résection large. Anastomose pyélo-urétérale. Bassinet mince. Ablation d'un petit calcul. Urétérostomie in situ.

Suites opératoires : petite infection urinaire à germes Gram -.

Division d'urines post-opératoires : Rein droit : clearances = 10-14 ; V_{essie} (Rein gauche) : clearances = 25-32.

UIV post-opératoire : image d'addition en dedans du bassinet qui évoque une fuite. Retard d'évacuation pyélique à 2 h.30.

- Quitte le service le 5-8-1966 avec une PSP à 60 %.

- Juillet 1967 : Bilan fonctionnel global : Urée 0,30 g/l, PSP 60 %, Clearances 55-91, ECB : quelques germes Gram -.

UIV : amélioration morphologique du rein droit, mais persistance des dilatations pyélo-calicielles. Opacification à 10 mn, évacuation moins lente. Meilleure fonction rénale.

CHEN... V., 35 ans (16).

- En 1952 : colique néphrétique gauche.

- En 1957 : pyélonéphrite gauche survenue au cours d'une grossesse. UIV (après l'accouchement) : sur le cliché sans préparation, niveau liquide au pôle inférieur du rein gauche ; rein gauche muet. Urétéro-pyélographie rétrograde : hydronéphrose gauche par anomalie de la jonction pyélo-urétérale.

- Le 14-10-1958 : Intervention (Drs. BRISSET, VIGNERON) : Hydronéphrose par gros vaisseau anormal ; résection de la jonction ; décroisement ; sonde urétérale.

Suites opératoires : rein muet sur l'UIV post-opératoire. Urines troubles : lavages et nitratages du bassinet.

- Décembre 1958 : UIV : apparition de boules calicielles à 15 mn, petites calcifications dans les calices inférieurs.

Nouvelle montée de sonde : absence de résidu pyélique, lavage et nitratage pyéliques.

- 1959 : Nette amélioration fonctionnelle et morphologique sur l'urogramme.

- 1960 : L'amélioration urographique se précise.

TRA..., 28 ans (21).

- Douleurs lombaires droites depuis l'âge de 7 ans.

- En Août 1967 : colique néphrétique droite. UIV : retard de sécrétion à 20 mn (à droite), image typique d'hydronéphrose droite. PSP = 40 %. Clearances = 62,5-114.

- Le 7-12-1967 : Intervention (Pr. KUSS) : Vaisseaux anormaux, résection de jonction, décroisement ; sonde urétérale ; suites opératoires simples.

- Début 1968 : ne souffre pas. PSP = 38 %. Clearances = 59,5 - 92,5.

- Le fonctionnement rénal est amélioré sur l'urogramme. Sécrétion à 5 mn. Régression de l'hydronéphrose. Bonne vidange pyélique.

TRI... G., 40 ans (22).

- En 1956 : apparition de douleurs lombaires gauches et de cystite à colibacilles. Opération de Foley sur le bassinet gauche (urétéro-pyéloplastie en YV). Mais persistance des douleurs lombaires qui se bilatéralisent.

- En 1962 : bilan rénal : PSP = 20 % à la 15e minute, 68 à la 75e. Clearance de l'urée = 75 ml/mn. Hématurie microscopique (à signaler des antécédents d'angines à répétition). Colibacilles dans les urines, mais pas de B.K. (antécédents de tuberculose pulmonaire). Hypertension artérielle à 19 de maxima. PAR = 60 mm/Hg. UIV : image d'hydronéphrose gauche.

- En Mai 1962 : la malade est adressée par le Pr. MILLIEZ au Pr. KUSS pour hydronéphrose gauche. Division d'urines pré-opératoire : Rein gauche : PSP = 10 % - Clearances = 6-40. Rein droit : PSP = 40 % - Clearances = 17-59.

La valeur fonctionnelle du rein gauche équivaut environ à la moitié de celle du rein droit.

- 16-6-1962 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de jonction gauche. Biopsie rénale : lésions de néphrite parenchymateuse. Histologie jonction : sténose d'origine non spécifique. Suites simples.

- 2 mois plus tard : amélioration clinique. La TA se normalise. Division d'urines : Rein gauche : PSP = 25 % - Clearances = 21-37. Rein droit : PSP = 20 % - Clearances = 24-36, pour un débit urinaire global à 1,5 ml/mn. UIV : pas de retard de sécrétion ; amélioration morphologique ; évacuation pyélo-calicielle moins tardive.

La malade n'est plus revue depuis. Malgré l'existence de lésions de néphrite parenchymateuse, la résection de jonction a franchement et rapidement amélioré la fonction rénale.

VALS... K., 45 ans (25).

- En 1948 apparaissent des douleurs lombaires bilatérales, et des hématuries totales. L'UIV montre, à cette époque : une lithiase rénale bilatérale, une hydronéphrose bilatérale, avec prédominance à droite.

- En 1950 : pyélotomie droite pour extraction de calcul, à Alexandrie.

- De 1950 à 1963 : disparition des douleurs lombaires droites, persistance des lombalgies gauches.

- Juin 1953 : l'UIV montre une modification par rapport aux clichés de 1950 : mutisme rénal droit.

- Juin 1953 : Intervention (Pr. FEY) : Volumineuse hydronéphrose droite. La découverte du bassinet apparaît difficile, la partie supérieure de l'uretère se trouve enfouie dans un tissu de sclérose en rapport avec la 1ère intervention. Résection de jonction. Anastomose pyélo-urétérale. Néphrostomie de drainage.

- Trois semaines plus tard : intervention sur le rein gauche (Pr. FEY) : Hydronéphrose de moyen volume. Section entre deux ligatures des vaisseaux polaires inférieurs et d'une bride fibreuse qui compriment la jonction. Extraction d'un calcul par pyélotomie. Résection de la jonction.

- Mais les douleurs lombaires gauches persistent.

- En Mai 1960 : UIV : alors que, du côté droit, on ne note pratiquement pas d'anomalies, du côté gauche : énorme hydronéphrose avec retard de sécrétion et d'évacuation du produit de contraste. Il

faut donc souligner cette aggravation entre 1953 et 1960 qui conduit à une réintervention.

- Octobre 1961 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction gauche après libération d'un bloc de périnéphrite en contact avec l'ancien infarctus du pôle inférieur (section des vaisseaux anormaux). Histologie : oedème sous-muqueux important.

- En Avril 1962 : colique néphrétique gauche. Anurie transitoire de 12 heures. Sur le cliché sans préparation : petit calcul du bas uretère gauche.

- En Juin 1962 : urétérotomie pelvienne pour calcul (Pr. KUSS).

- Juillet 1962 : Bilan fonctionnel rénal : PSP 40 %, urée 0,50 g/l, clearances 18-80 (débit 1,7 ml/mn). UIV : nette amélioration.

- Entre 1963-64 : UIVS : du côté gauche : pas de retard de sécrétion, léger retard à l'évacuation, bassinet plat ; côté droit :normal.

Petite infection urinaire, traitée par Furandoïne et Gantanol.

Au total : hydronéphrose bilatérale. La résection de la jonction droite a conduit à un très bon résultat, malgré un rein muet et très dilaté. La première résection de la jonction gauche associée à une section d'artère polaire inférieure s'est soldée par un échec, du fait de la compression de cette jonction par la périnéphrite liée à l'infarctus rénal. La deuxième résection associée à la libération du bloc scléreux a donné un bon résultat.

FINK..., 60 ans (26).

- Début en 1965 : douleurs lombaires droites, urines troubles (entérocoques), sensibles à Péni., Rova., Pyostacine. L'UIV objective une hydronéphrose droite, avec apparition tardive du produit

opaque et évacuation pyélique également tardive.

- En Avril 1967 : une colique néphrétique, puis deux autres. La TA s'élève à 20-11 ; l'urée est à 0,50 g/l ; acide urique = 56 mg/l ; Ca = 94 mg/l, 112 mg/24 h. ; Ph = 34 mg/l, 383 mg/24 h. - PH urinaire = 5,8. PSP = 50 %.

- En Juin 1967 : Intervention (Pr. KUSS) : Rein énorme, syndrome de jonction ; la jonction est bridée par une large bande de sclérose dont la section ne suffit pas à l'obtention d'une vidange du bassinet. Résection de jonction, avec résection pyélique. Ablation d'un calcul d'acide urique. Sonde urétérale in situ. Suites simples.

- Début 1968 : urée sanguine = 0,40 g/l. Ne souffre plus, a grossi ; la TA redevient normale. Amélioration morphologique et fonctionnelle sur l'UIV.

ELI... G., 30 ans (27).

- Début en 1960, par des douleurs de l'hypocondre droit. Les radios de la vésicule étant normales, on demande une UIV, car il existait une douleur de la fosse lombaire droite au palper. UIV : volumineuse hydronéphrose droite ; l'uretère droit n'est pas visible.

- En Janvier 1966 : Intervention (Pr. KUSS) : Examens pré-opératoires : urée 0,30 g/l, PSP = 55 %, clearances 46-93.

CRO : Résection de la jonction pyélo-urétérale droite. Division d'urines post-opératoire : Rein droit : PSP = 10 %, clearances = 11-24 ; Rein gauche (vessie) : PSP = 35 %, clearances = 40-85. Le rein droit est donc moins bon que le gauche, mais on peut espérer la récupération. En effet :

- En Mai 1966 : les douleurs ont disparu, PSP = 60 %, clearances = 79-154. L'UIV : est nettement améliorée ; l'hydronéphrose est en voie de régression et les retards de sécrétion et de vidange pyélique sont moins francs.

- En 1967 : l'amélioration radiologique et clinique est encore plus nette. La fonction rénale est bonne.

FEUIL... O., 25 ans (28).

- Début en 1956, par des douleurs lombaires gauches. L'UIV montre alors des calculs du bassinet gauche. Pyélotomie pour extraction de calculs à Rouen.

- En 1963, réapparition des douleurs. L'UIV montre un gros calcul pyélique gauche et des images en boules sus-jacentes.

- En Juin 1964, l'intervention est décidée. Examens pré-opératoires : urée 0,30 g/l, PSP 45 %, clearances 34-93, pH urinaire 5,4. Germes urinaires : entérocoques.

Bilan phospho-calcique : Ca : sanguin : 90 mg/l, urinaire : 250 mg/24 h.- Ph : sanguin : 38 mg/l, urinaire : 420 mg/24 h. (Il n'est pas en faveur d'un trouble endocrinien).

- CRO (Pr. KUSS) : Hydronéphrose gauche, résection de jonction, ablation d'un calcul d'oxalate de Ca. Histologie : oedème de la sous-muqueuse. Clearances post-opératoires (division d'urines) : Rein gauche : 6,5-23 ; Rein droit : 13-38, PHu = 5,8. ECB = nombreux entérocoques.

- Octobre 1964 : ne souffre plus. Cures de Nibiol. PSP = 55 %.

- Janvier 1966 : Va bien. PSP = 55 %, clearances = 69-106. UIV : amélioration très nette, tant morphologique que fonctionnelle.

DUR... M., 25 ans (31).

- En 1961 : découverte systématique, au cours d'un examen pour aptitude militaire, d'une lithiase rénale gauche bien supportée.

- En Octobre 1962 : colique néphrétique gauche. Examen d'urines : cocci Gram +, albuminurie,

cristaux d'oxalates, d'urates, de phosphates ammoniaco-magnésiens. PHu = 5,2. Urée sanguine = 0,30 g/l. PSP = 45 %. Clearances = 61-134.

UIV : hydronéphrose gauche importante, léger retard de sécrétion, uretère non visible, calcul caliciel gauche.

UPR : opacification de la poche hydronéphrotique, anomalie de la jonction.

- 8-12-1962 : Intervention (Pr. KUSS) : bassinet très dilaté, bon parenchyme, résection de jonction, extraction du calcul caliciel (phosphate de Ca).

Division d'urines post-opératoire : ECB : germes Gram - sensibles à Kanamycine. PSP = 45 %. Rein gauche : 22-49 ; vessie (rein droit) : 38-85.- Lavage du bassinet. Le rein gauche n'est pas insuffisant.

- Quitte le service le 26-12-1968 : bon état local et général.

- Juin 1963 : ne souffre plus ; l'UIV est bonne.

- 1964 : Va bien ; la fonction rénale jugée sur l'UIV est bonne.

DE ROB... P., 24 ans (32).

Depuis l'enfance, fréquentes douleurs lombaires droites et de l'hypocondre droit ; énurésie.

- En Juillet 1965 : colique néphrétique droite. Examens pré-opératoires : PSP = 40 %. Clearances = 57-116. ECB = staphylocoques, cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens. UIV : hydronéphrose bilatérale. UPR droite : hydronéphrose avec sténose de la jonction, retard d'évacuation pyélique.

- 7-7-1966 (Dr. CHATELAIN) : Intervention : On intervient sur le rein droit, côté douloureux. Implantation postérieure et punctiforme de l'uretère. Résection de jonction. Sonde n° 16 in situ.

Suites opératoires : deux crises de colique néphrétique avec émission de sable et de calculs.

- Division d'urines post-opératoire : R.D. : Clearances = 28-63 ; R.G. (Vessie) : Clearances = 34-77. Les fonctions rénales droites et gauches sont symétriques. ECB = germes Gram -, sensibles au Négram.

- UIV post-opératoire : à droite : petit retard de sécrétion ; importante dilatation pyélocalicielle plus importante qu'avant l'intervention. L'uretère lombaire est dilaté. Importante rétention sur les clichés tardifs. Cette aggravation semble être en rapport avec le blocage de la voie excrétrice par les calculs émis après l'intervention.

à gauche : petit retard de sécrétion, augmentation de volume de l'hydronéphrose.

(La fonction sécrétrice du rein n'est pas étroitement liée au volume de la poche hydronéphrotique. Autrement dit, une grosse hydronéphrose et même une hydronéphrose géante peut coexister avec une fonction rénale valable).

- Novembre 1966 : ne souffre plus. Régression ++ de la dilatation des cavités droites. Léger retard à l'évacuation. Mais le rein gauche est plus dilaté sur le dernier urogramme.

- Juin 1967 : urée sanguine : 0,30 g/l ; clearances = 56-104 ; acide urique = 60 mg/l ; Ph urinaire = 6,2. ECB : pas de germes ; cristaux d'oxalates et de phosphates de calcium.

Sur l'UIV : bonne fonction rénale (bilatérale).

Reviendra pour sa jonction gauche.

GUIL... A., 30 ans (35).

- En Février 1967 : colique néphrétique gauche.

- En Octobre 1967 : colique néphrétique droite. L'UIV : hydronéphrose bilatérale plus marquée à gauche, retard de sécrétion plus net à gauche, quelques calcifications dans l'aire de projection rénale gauche, évacuation tardive : 3 h. Urée sanguine = 0,30 g/l. Acide urique = 43 mg/l. PSP = 23 % à 15 mn, 100 % à 70 mn. Clearance urée = 75,5 ml/mn.

On demande une scintigraphie pour comparer les deux reins : RG : augmenté de volume, ne fixant pas de façon homogène. RD : fixation homogène, légèrement augmenté de volume. Donc, le rein gauche est légèrement inférieur au rein droit qui est normal.

- Le 15-12-1967 : Intervention (Dr. CHATELAIN): on intervient à gauche. Jonction punctiforme. Section de 2 cm de l'uretère et d'une longue collerette pyélique. Suture. Sonde n° 16. Histologie : sténose de la jonction.

Division d'urines post-opératoire : Rein gauche : PSP 20 %, clearances 31-55. Rein droit (vessie) : PSP 23 %, clearances 28-56. Cette division d'urines permet de juger favorablement la fonction rénale gauche.

- Suites simples. Départ en convalescence. Traitement anti-infectieux.

- Trois ans plus tard (1968) : amélioration clinique et amorce de régression des dilatations pyélo-calicielles sur l'UIV.

GRAN... L., 32 ans (36).

- Depuis l'enfance, douleurs lombaires gauches fréquentes, plusieurs coliques néphrétiques gauches, plusieurs hématuries.

- L'UIV faite en 1958 montre l'absence de calculs et objective une hydronéphrose gauche avec sécrétion rapide à 5 mn.

- Première intervention à Clermont-Ferrand en 1958 : L'urétéro-pyélographie rétrograde pré-

opératoire confirme bien la sténose de la jonction ; résection de jonction ; anastomose termino-terminale.

Mais les douleurs persistent, les signes radiologiques ne rétrocèdent pas et de plus apparaît une infection urinaire à germes Gram -.

- Octobre 1966 : ECB : staphylocoques sensibles à Furandoïne, Pénicilline. UIV : aspect comparable à celui de 1958. Division d'urines (pré-opératoire) : R.D. : 27-62 ; R.G. : 16-36. La valeur fonctionnelle du rein gauche équivaut à 60 % de celle du R.D..

- Le 15-10-1966 : Intervention (Pr. KUSS) : Dégagement de la jonction qui est sténosée. Résection de la jonction, ainsi que d'une partie du bassinet. Anastomose urétéro-pyélique. Histologie : fibrose interstitielle.

Les suites opératoires sont bonnes. La sonde urétérale est enlevée le 12e jour. La pyélographie par la sonde montre un bon passage du liquide opaque dans le bassinet.

Division d'urines post-opératoire : R.G. : urée urinaire = 10,50 g/l - R.D. : 13,50 g/l.

- En Janvier 1967 : une colique néphrétique. ECB = pas de germes. UIV : pas de retard de sécrétion, bassinet moins dilaté, mais évacuation tardive : 2 h.30. L'UPR montre un bon passage. Traitement anti-infectieux.

- Début 1968 : amélioration clinique et radiologique.

- En conclusion : une deuxième résection de jonction a été faite après échec de la première (par constitution d'une sténose de la néo-jonction).

Il faut souligner que, 8 ans après la première résection, la qualité fonctionnelle du rein gauche n'a baissé que légèrement, malgré l'absence d'amélioration franche, et que la deuxième résection a donné un bon résultat - (2 ans de recul).

Guy SUZ..., 35 ans (37).

- Depuis l'enfance, fréquentes douleurs lombaires gauches accrues par l'effort, les voyages.

- En Mars 1966, l'UIV montre : une hydronéphrose gauche de moyenne importance et une petite hydronéphrose droite. Examens biologiques : urée = 0,25 g/l, clearances = 87-140, PSP = 60 %.

- Le 27-4-1966 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction pyélo-urétérale gauche pour hydronéphrose. Pas de vaisseaux anormaux. Bon rein.- Suites bonnes.

- Division d'urines post-opératoire : R.G. : PSP = 20 % ; clearances = 13-24 - R.D. (vessie) : PSP = 40 % - clearances = 47-116.

- Mai 1966 : UIV de contrôle. L'amélioration se dessine, la sécrétion n'est plus en retard, les calices sont normaux, on voit les uretères.

- Octobre 1966 : PSP = 60 %.

- Mai 1967 : ne souffre pas. Clearances = 87-140. L'UIV est bonne.

- Juin 1967 : Va bien.

DI.. P.. M., 44 ans (39).

- En 1951 : néphrectomie droite pour tuberculose rénale.

- En Février 1961 : l'UIV systématique de surveillance montre une hydronéphrose gauche (pas de douleurs ni infection urinaire). Urée sanguine = 0,60 g/l. Tension artérielle normale. L'UPR préopératoire confirme l'anomalie de la jonction.

- Le 14-6-1961 (Pr. KUSS) : Intervention : résection jonction, néphrectomie partielle polaire inférieure (rein exclu), péripyélite. Sonde d'urétérostomie iliaque.

Histologie : tuberculose folliculaire à foyers disséminés.

Suites bonnes.
Traitement : Rimifon, Furadoïne.

- Décembre 1961 : UPR : pas de rétrécissement, pas de résidu pyélique.

- Décembre 1962 : va bien. Pas de B.K. dans les urines. PSP = 55 %. Clearances = 68-118.

- Octobre 1963 : Urée = 0,40 g/l. UIV : très bonne.

- Juin 1964 : Va bien.

- Mai 1965 : PSP = 55 % - Clearances = 52-90. Urée = 0,38 g/l. UIV bonne.

- Mai 1966 : aucun trouble fonctionnel. UIV parfaite.

LAB... J., 35 ans (40).

- Depuis l'enfance, douleurs lombaires droites.
- En Août 1964, colique néphrétique droite.

- Bilan pré-opératoire : PSP = 55 %, Clearances = 49-95 - ECB = germes Gram -. UIV : hydronéphrose droite, sécrétion tardive, mauvaise évacuation.

- 29 Septembre 1965 : Intervention (Pr. KUSS) Bassinet flasque, pas de rétention, artère anormale. Décroisement. Résection de jonction.

Division d'urines post-opératoire : R.D. : PSP = 15 %. Clearances = 15-45. R.G. (vessie) : PSP = 35 %. Clearances = 35-90. R.D. = 50 % du rein gauche.

- 13-10-1965 : pyélographie rétrograde ; bon remplissage pyélique, après montée de sonde.

UIV : persistance des dilatations, mais le rein s'évacue dans des délais pratiquement normaux.

- Quitte le service fin Octobre 1965. Négram.

- Septembre 1966 : PSP = 45 %. Clearances = 32-70. UIV = régression des dilatations, opacification précoce. ECB : germes Gram -. Nibiol.

- Mai 1967 : ne souffre pas. Urines stériles. UIV : bonne fonction du rein, régression nette de l'hydronéphrose.

LECO... M., 25 ans (42).

- En Octobre 1962 : douleurs lombaires droites, hématurie. Examens complémentaires : ECB = hématies, leucocytes altérés, albumine = 5,60 g/l. Bacilles Gram - nombreux. UIV : hydronéphrose droite importante, léger retard de sécrétion. Mégabassinet gauche. PSP = 45 %. Urée sanguine = 0,30 g/l. Urée urinaire = 24 g/l. Clearances = 32-104.

Division d'urines pré-opératoire (pratiquée juste avant l'intervention) : R.D. : Clearances = 20-55 - R.G. : Clearances = 30-66.

- Le 12-12-1962 : Intervention (Pr. KUSS) : anomalie de jonction, résection de jonction droite. Pas de sonde d'urétérostomie, pas de néphrostomie.

Histologie : sclérose de la jonction.

Suites opératoires : pneumothorax par blessure pulmonaire opératoire ; refuse la montée de sonde.

- Septembre 1963 : ne souffre plus, urines claires. UIV : bon résultat fonctionnel et morphologique.

LEG... L., 40 ans (43).

- Depuis l'enfance : douleurs de l'hypocondre droit.

- En Décembre 1962 : crise violente douloureuse de l'hypocondre droit, nécessitant l'hospitalisation d'urgence à Beaujon : hyperleucocytose, radios des voies biliaires : on voit l'image d'un gros rein droit. 48 heures plus tard, émission d'un calcul.

UIV : à droite : gros retard de sécrétion, énormes images en boules sur les clichés tardifs.

- En Janvier 1963 : UIV : pas de retard : sécrétion à 5 mn des deux côtés ; image d'un énorme bassinet à droite ; évacuation complète à 3 h.30.

- 25-1-1963 : Division d'urines :

R.D. : PSP = 25 %	R.G. : PSP = 30 %
Clear. = 28-66	Clear. = 20-73
Cl = 66 mEq/24 h.	Cl = 24 mEq/24 h.
Na = 50 mEq/24 h.	Na = 20 mEq/24 h.
K = 15 mEq/24 h.	K = 10 mEq/24 h.

Diurèse > 2 ml/mn

Pyélographie droite : authentifie l'anomalie de la jonction. Malgré la distension énorme du bassinet, la fonction rénale droite est très bonne. Il faut opérer cette hydronéphrose (douleurs, distension énorme). Intervention conservatrice, car très bon rein.

- Le 16-3-1963 : Intervention (Pr. KUSS) : Gros pédicule vasculaire faisant bride. Résection de la jonction droite et d'un centimètre de l'uretère. Décroisement.

- Division d'urines post-opératoire :

R.D. : Urée urinaire : 16 g/l	R.G. = 22 g/l
PSP = 10 %	= 20 %
Clearances = 19-36	= 28-64

pH urinaire = 5,4

ECB : Bacilles Gram -.

Quitte le service : Rufol, Furadoïne.

- Octobre 1963 : résidu pyélique : 80 cc. Bacilles Gram - assez nombreux. Kanamycine : 1,50 g/jour/8jours. Cures de Furadoïne.

- Juin 1964 : Va bien ; urines stériles.

UIV : petite hydronéphrose résiduelle. Bonne valeur fonctionnelle rénale.

GENB..., 39 ans (44).

- En Octobre 1961 : colique néphrétique droite. Urée sanguine = 0,20 g/l. ECB = pas de germes. Phosphaturie = 217 mg/24 h. Calciurie = 216 mg/24 h.

UIV : hydronéphrose droite, lithiase pyélique.

UPR droite : sténose de la jonction pyélo-urétérale, volumineuse hydronéphrose, calculs dans le calice inférieur.

Division d'urines (calcul pyélique) : R.D. : clearance de l'urée = 23 - R.G. = 29.

- Le 18-1-1962 : compte rendu opératoire (Pr. KUSS) : Hydronéphrose droite, 1 calcul pyélique, 5 calculs caliciels. Pas de vaisseaux anormaux. Résection de jonction. Sonde urétérale in situ.

Histologie : important oedème de la sous-muqueuse et de la musculeuse. Calculs : oxalates de calcium.

Séparation d'urines post-opératoire : R.G. (vessie) : Clearance créatinine = 52 - R.D. (sonde d'urétérostomie) = 46.

- Avril 1962 : nette amélioration sur l'UIV ; délais de sécrétion normaux ; régression de moitié de l'hydronéphrose. Infection urinaire à germes Gram -.

- Décembre 1962 : Va bien. Urines claires. UIV : amélioration morphologique. La fonction rénale est bonne. Il faut noter l'évolution rapide des signes radiologiques après l'intervention.

GERB... G., 30 ans (46).

- En Septembre 1963, le Dr. SOMIA découvre une tuberculose pulmonaire et rénale et institue un traitement anti-bacillaire.

- En Avril 1965 : le malade est guéri de ses deux tuberculoses, mais il persiste une hydronéphro-

se droite.

- Mai 1965 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction pyélo-urétérale droite. Histologie : fibrose pariétale diffuse, non spécifique.

- Octobre 1965 : petite infection urinaire à entérocoques (Négram).

- Janvier 1966 : urines aseptiques. Urée = 0,30 g/l. Clearances = 43-94.

- Février 1967 : va très bien. UIV : très bonne. Fonction rénale très bonne.

Il s'agit d'une anomalie de la jonction vraisemblablement primitive à la tuberculose rénale dont la résection a donné un excellent résultat.

FRAD..., 55 ans (47).

- En 1953 : néphrectomie gauche pour pyonéphrose d'origine lithiasique.

- En 1960 : calcul de l'uretère lombaire droit, extraction du calcul par urétérotomie, néphrostomie.

- En Novembre 1960 : tentative de réimplantation pyélo-calicielle inférieure de l'uretère ; l'échec est total, car seule fonctionne la néphrostomie et l'urée monte à 1 g/l.

- En Décembre 1960 (Pr. KUSS) : CRO : résection de la jonction pyélo-urétérale, sonde d'urétérostomie in situ. Néphrostomie.

Les suites opératoires sont perturbées par une suppuration pariétale, mais sur le plan urinaire : l'urée redescend à 0,40 g/l, la diurèse est bonne et une pyélographie pratiquée par la sonde d'urétérostomie montre un bon passage pyélo-urétéral.

- Décembre 1961 : état clinique satisfaisant. UIV : sécrétion à 5 mn, pas de calculs, le bassi-

net est légèrement dilaté mais se vide bien.

- Janvier 1962 : urée = 0,40 g/l, PSP = 40 %, clearance de l'urée = 40.

- Novembre 1964 : urée = 0,30 g/l, clearances = 49-100. pH urinaire = 5,4. UIV = bonne.

- 1965 : clearances = 55-94. PSP = 40 %. Apparition d'une hypertension artérielle à 20-11.

- 1968 : va bien, ne souffre pas, urines stériles. UIV : voies excrétrices normales, bon fonctionnement rénal, hypertrophie compensatrice du rein restant. Poursuivra ses cures annuelles à Vittel.

En conclusion : Il s'agit là d'un syndrome de la jonction acquis, post-opératoire, chez un lithiasique. Un an après la résection de jonction faite après échec d'une tentative de réimplantation pyélo-calicielle inférieure de l'uretère, la fonction sécrétrice du rein est bonne et la vidange pyélique satisfaisante. Quant à l'hypertension récemment apparue, elle ne semble pas avoir une explication rénale.

OLIV... M., 70 ans (49).

- Novembre 1967 : colique néphrétique gauche.

- Septembre 1958 : UIV : du côté gauche : retard de sécrétion à 15 mn, grosse hydronéphrose ; le bassinet se vide très tardivement ; pas de calculs.

- 17-9-1958 : Intervention (Pr. KUSS) : grosse hydronéphrose gauche, vaisseaux anormaux, péripyélite, résection de la jonction, décroisement. Suites opératoires simples.

- Novembre 1958 : bon état clinique. Amélioration urographique ; en particulier, la sécrétion est bonne (précocité, bonne tonalité).

QUIN... R., 35 ans (51).

- Se plaint depuis plusieurs années de douleurs pelviennes gauches.

- Mai 1958 : colique néphrétique gauche, pyélotomie gauche pour calcul, à $C_a$en.

- En 1960 : intensification des douleurs pelviennes gauches, survenant en dehors de toute miction et non accompagnées de troubles mictionnels.

ECB : pas de germes.

UIV : du côté gauche : apparition d'images en boules à 5 mn, uretère non visible, rein en position normale.

- Une résection de la jonction est alors envisagée. L'intervention est précédée d'une UPR gauche qui confirme la sténose de la jonction. Résection de la jonction. Ablation d'un petit calcul pyélique, urétérostomie in situ.

- Histologie : remaniement fibreux de la jonction pyélo-urétérale. Calcul = phosphate de calcium.

- Janvier 1962 : très bon état général et fonctionnel ; urée sanguine = 0,40 g/l ; urines stériles. UIV : nette amélioration fonctionnelle et morphologique.

PASS... Michel, 30 ans (52).

- En Juin 1963 : colique néphrétique gauche. Examens : urée : 0,25 g/l. ECB = entérocoques. PSP = 60 %. pH urinaire = 6,2. Clearances : urée 36, créatinine 30, créatinine sérique 12 mg/l.

UIV : à gauche : retard de sécrétion à 30 mn, calices et bassinet très dilatés, arrêt net de la colonne opaque pyélique au niveau de la jonction.

Les douleurs, la perturbation de la fonction sécrétoire du rein (clearance de la créatini-

ne, et UIV) font poser l'indication opératoire.

- Le 3-10-1963 : Intervention (Dr. QUENU) : important vaisseau prépyélique, décroisement, résection de la jonction en sectionnant l'uretère en sifflet.

- L'UIV faite 2 semaines après l'intervention montre déjà une amélioration.

- En Janvier 1964 : l'UIV est satisfaisante.

- En Janvier 1965 : l'UIV est strictement normale.

Il faut souligner, dans ce cas, la rapidité de la guérison clinique et urographique.

MAR... J., 30 ans (53).

- En Septembre 1960 : pyélonéphrite droite avec pyurie à colibacilles. L'UIV montre : un rein droit ptosé, une petite hydronéphrose, avec aspect globuleux du bassinet et calices un peu élargis.

- Un an plus tard apparaissent des lombalgies tenaces, accrues par l'effort. Petite aggravation urographique.

- Le 21-10-1961 : Intervention (Pr. KUSS) : L'UPR pré-opératoire confirme la sténose de la jonction. Résection de la jonction. Le parenchyme rénal est bon.

Histologie : fibrose pariétale.

Quitte le service début Novembre, avec un traitement anti-infectieux urinaire.

- En 1963 : bon état général. Evolution normale à terme d'une grossesse. ECB : absence de germes. UIV : excellente.

- En 1964 : va bien.

MARC... P., 29 ans (54).

- Enurésie dans l'enfance.

- Depuis Juin 1961 : douleurs lombaires gauches. Urée sanguine = 0,25 g/l. UIV : hydronéphrose gauche.

- Le 15-6-1963 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction.

Histologie : sclérose non inflammatoire de la jonction pyélo-urétérale.

Division d'urines post-opératoire :

R.G. (sonde d'urétérostomie) :	R.D. (vessie) :
PSP = 30 %	PSP = 40 %
Clearances = 21-37	Clearances = 29-48

La fonction rénale gauche est légèrement inférieure à celle du rein droit.

L'U.I.V. faite un mois après l'intervention montre un début d'amélioration, fonctionnelle surtout.

- Quitte le service le 17-7-1963 : ne souffre plus.

- Depuis cette date, il ne s'est pas présenté à la consultation.

MARSE... M., 30 ans (55).

- Depuis Octobre 1960 : douleurs lombaires droites, urée sanguine = 0,20 g/l, absence de germes dans les urines. UIV : hydronéphrose droite, anomalie de la jonction typique (aspect rétréci de cette jonction).

- 17-1-1962 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction. Suites opératoires : petite infection urinaire à Protéus, sensible à la Kanamycine.

- Mai 1962 : bon état général. UIV : bonne fonction rénale, calices normaux, aspect encore un peu globuleux du bassinet, s'évacuant bien.

MEUN... B., 16 ans (57).

- En Février 1963 : douleurs de l'hypocondre droit, perception d'une masse sous-hépatique donnant le contact lombaire. UIV : les 2 bassinets sont dilatés, le gauche surtout ; les calices sont peu dilatés ; il n'y a pas de retard de sécrétion des deux côtés. Au total, hydronéphrose bilatérale prédominant à gauche, avec peu de retentissement caliciel.

- En Octobre 1967 : nouvelles douleurs de l'hypocondre droit. Nouvelle UIV : aggravation de l'hydronéphrose gauche.

Radiocinéma gauche : importante dilatation du bassinet avec retard d'évacuation surtout. Nette diminution de la tonicité pyélique.

En procubitus, évacuation peu satisfaisante.

Autres examens : urée : 0,28 g/l; absence de germes urinaires ; PSP = 45 % ; créatinémie = 8 mg ; clearances = 26-48.

- Le 25-11-1967 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection d'une grosse veine pré-jonction, résection de la jonction gauche, saillie des papilles caliciel-les, urétérostomie in situ.

Histologie : altérations dystrophiques et remaniements inflammatoires subaigus non spécifi-ques.

Suites opératoires : infection urinaire à Germes Gram -. Antiseptiques urinaires.

Division d'urineq post-opératoire : R.G. (sonde d'urétérostomie) : PSP = 10 % - Clea-rances = 15-23 - R.D. (vessie) : Tenir compte des fuites urétérales contro-latérales : PSP = 30 % - Clearances = 15,5-22,5.

- En Janvier 1968 : vives douleurs lombaires gauches suivies d'hématurie.

Cristaux d'urates de calcium dans le culot de centrifugation.

UIV à gauche : pas d'image de calcul, sécrétion précoce, calices normaux, bassinet encore dilaté.

- 3 mois plus tard : bon état général. UIV : amélioration morphologique du rein gauche. Bonne fonction rénale.

PUJ... J., 27 ans (6J).

- En Août 1966 : hématurie totale consécutive à une chute de cheval. TA normale. Urée sanguine = 0,40 g/l. ECB : absence de germes. pH urinaire = 5,4. Clearances = 37_82 pour un débit urinaire de 1,60 ml/mn.

UIV : ptose du rein droit ; hydronéphrose par anomalie de la jonction, bilatérale ; prédominance à gauche, retard de sécrétion à gauche.

- 22-10-1966 : Intervention (Pr. KUSS) : Grosse veine prépyélique que l'on respecte ; résection de la jonction et d'une collerette pyélique (gauche), car le bassinet est volumineux.

Histologie : fibrose de la jonction.

- Suites opératoires : rétention pyélique après le retrait de la sonde d'urétérostomie in situ. La pyélographie rétrograde montre une grosse poche hydronéphrotique.- Evacuation et lavage du bassinet. Antiseptiques.

- Division d'urines post-opératoire (avant le retrait de la sonde d'urétérostomie) :

R.G. :	R.D. (vessie) :
Urée urinaire = 12 g/l	16,75 mg/l
Créatinine ur.= 690 mg/l	980 mg/l

UIV (1 mois après l'intervention) : pas de retard de sécrétion sur le côté opéré (bonne fonction rénale) ; régression des dilatations caliciel-les ; retard de l'évacuation qui ne se fait qu'à 2 h.30.

- 6 mois plus tard : amélioration morpholo-

gique du rein gauche ; évacuation pyélique moins lente : 1 h.30.

- En 1968 : va bien. UIV bonne.

PRAD... J., 20 ans (61).

- Début en Juin 1964 par une colique néphrétique gauche, puis tous les six mois nouvelle colique néphrétique gauche.

UIV : hydronéphrose gauche par anomalie de la jonction. L'UPR confirme par de belles images les données urographiques.

- Explorations fonctionnelles pré-opératoires :

Urée = 0,25 g/l ; PSP = 35 %.

- Division d'urines :

R.G. : PSP = 30 %
Clearances = 27-66

R.D. (Vessie) :
PSP = 30 %
Clearances = 31-66

Le rein gauche est le symétrique du rein droit.

- Le 29-9-1965 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction gauche, sonde urétérale. Suites simples.

- Le 5-4-1966 : Clearances globales = 75-135
PSP = 55 %.

- Le 15-4-1966 : va bien. UIV : bonne sécrétion (pas de retard), discrète atonie pyélique.

POUL... G., 39 ans (62).

- Début des troubles en 1954, par colique néphrétique gauche, suivie de pyélonéphrite gauche.

- Consulte en 1962, à l'occasion de nouvelles douleurs. L'UIV montre :

. à gauche : dilatation des cavités rénales avec image d'arrêt du produit opaque caractéristique d'une anomalie de la jonction ; pas d'ima-

ge de calcul.

. à droite : une légère distension des cavités rénales.

- En 1963 : hématurie. L'UIV est identique à la précédente.

- En 1964 : l'UIV met en évidence un calcul pyélique gauche. L'intervention est alors décidée: résection de la jonction gauche, extraction du calcul pyélique.

- En 1965 : l'infection urinaire repart, colique néphrétique gauche suivie de l'expulsion d'un calcul ; douleurs lombaires gauches qui deviennent permanentes.

Tension artérielle : 11-6 ; urée = 0,44 g/l ; albuminurie à 0,80 g/l. ECB : polynucléaires altérés, pyocyaniques, cocci Gram + et Gram -. PSP = 60 %. Clearances = 47-138. UIV : constitution d'un calcul coralliforme gauche. Traitement anti-infectieux urinaire.

- En Février 1966 : nouveau bilan. ECB : entérocoques. Clearances = 77-135. PSP = 62 %. Bilan phospho-calcique : calcémie = 95 mg/l ; phosphatémie : 32 mg/l ; calciurie : 185 mg/24 h. ; phosphaturie = 600 mg/24 h.

UIV : le coralliforme gauche a augmenté de volume ; aspect filiforme de l'uretère contrastant avec la dilatation et la stase susjacentes. Pas de retentissement fonctionnel.

- Le 19-3-1966 (Pr. KUSS) : CRO : Pyélotomie pour coralliforme ; vérification de la perméabilité de la jonction qui est bonne ; assez bon rein ; sonde d'urétérostomie n° 18. Chimie du calcul : phosphate de calcium.

- Le 30-3-1966 : bon état général ; bon résultat urographique ; antiseptiques urinaires.

- Juin 1966 : UIV : bon fonctionnement du rein ; pas de récidive de calcul ; infection urinaire à colibacilles. Cures de Furadoïne.

- Novembre 1966 : Pyurie à colibacilles ; PSP = 57 % ; bon contrôle urographique ; cures de Gantanol.

- Juin 1967 : urines claires.

- Janvier 1968 : Urée = 0,30 g/l ; urines aseptiques ; calciurie = 524 mg/l.

Séparation d'urines : R.G. : Clearances = 19-30 - R.D. : Clearances = 24-40.

UIV : Très bon fonctionnement rénal.

Scintigraphie : la valeur fonctionnelle du rein gauche est réduite par rapport au rein droit dont les dimensions sont normales. Mais cette valeur fonctionnelle reste satisfaisante.

- En conclusion : Quelle est la part de la résection de la jonction gauche dans la genèse de ces complications, essentiellement lithiasiques ? Elle semble minime, car :

. la perméabilité de la néo-jonction a été vérifiée opératoirement ;

. le fonctionnement du rein sur l'urographie est excellent (pas de stase après l'extraction du coralliforme). La constitution du calcul coralliforme doit être rapportée à l'infection urinaire récidivante et à la lithiase rénale antérieure à la résection de la jonction. La stérilisation des urines obtenue après plusieurs mois est une garantie contre une troisième récidive lithiasique, mais cette dernière reste possible, car une hypercalciurie a été relevée lors d'un examen récent.

Quant à la fonction rénale gauche, elle reste très valable malgré la sténose congénitale de la jonction, l'infection urinaire, et la lithiase. L'UIV, la division des urines et la scintigraphie en témoignent.

SOUAR... M., 36 ans (63) (Malien).

- Admis dans le service pour bilan d'une bilharziose urinaire se manifestant par des hématuries

intermittentes et traitée par l'Anthiomaline.

PSP = 25 %. Clearances = 41-90 pour un débit de 1,56 ml/mn. UIV : Hydronéphrose bilatérale, prédominant à gauche. L'UPR bilatérale confirme la sténose des deux jonctions et montre en outre un rétrécissement bilatéral des uretères pelviens dans leur segment juxta-vésical (rétrécissement peu serré).

- 27-3-1965 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction gauche, néphrotomie pour calcul caliciel.

Histologie : Sclérose de la musculeuse sans lésions bilharziennes.

- Trois mois plus tard : va bien. UIV : amélioration fonctionnelle et morphologique du côté opéré.

- N'est plus revenu à la consultation.

- Au total : Hydronéphrose bilatérale plus marquée à gauche, découverte chez un bilharzien, sans rapport avec la bilharziose. La résection de la jonction gauche s'est suivie d'une amélioration (3 mois).

TATAR... M., 33 ans (64).

- Hydronéphrose bilatérale à prédominance droite, découverte à l'occasion de douleurs lombaires.

- Examens pratiqués en Avril 1964 : ECB : Gram - ; Urée = 0,30 g/l ; PSP = 25 % ; Clearances = 39-102 pour un débit = 1,2 ml/mn et une créatinémie = 9,8 mg/l.

UIV : Retard de sécrétion bilatéral plus marqué à droite.

- Division d'urines pré-opératoire :

R.D. :	R.G. :
Urée urinaire = 5,75 g/24 h.	= 11,5 g/24 h.
PSP = 5 %	= 20 %

On décide donc d'intervenir à droite (les signes de souffrance rénale étant plus nets).

- Le 23-5-1964 : Intervention (Pr. KUSS) : résection de la jonction droite ; vaisseaux normaux; bon parenchyme. Histologie : fibrose de la jonction avec oblitération presque complète de la lumière.

- 4 mois plus tard : l'état général est bon. UIV : une amélioration se dessine du côté opéré (délais de sécrétion normaux, cavités moins dilatées), tandis que de l'autre côté on note une petite aggravation. On envisage alors d'intervenir sur le côté gauche. Mais le malade n'est plus revu.

ROUX... M.D., 18 ans (67).

- En 1959 : douleurs lombo-abdominales gauches, pyurie à colibacilles.

- En 1960 : nouvel épisode douloureux et infectieux. L'UIV montre alors : à gauche, des images en boules, de topographie calicielle, caractéristiques d'une hydronéphrose. La sécrétion n'est pas retardée. L'UPR confirme la sténose de la jonction.

- Le 18-1-1961 : Intervention (Pr. KUSS) : résection de la jonction pyélo-urétérale gauche. Sonde urétérale in situ.

Mais progressivement, apparaît une nouvelle sténose de la même jonction, confirmée par l'UPR.

- Le 19-1-1962 : deuxième résection de la jonction gauche, sonde urétérale.

Histologie : sclérose à tendance sténosante.
Suites opératoires : infection urinaire à colibacilles.

- En Septembre 1962 : infection urinaire persistante mais latente (sans douleurs ni fièvre). L'UIV montre des calices normaux, une excellente vidange pyélique, un uretère visible. Traitement anti-infectieux : Rufol, Nibiol, lavages du bassinet.

- En Mars 1964 : Le cathétérisme urétéral gauche ramène des urines claires et montre l'absence de rétention pyélique. L'UIV est très satisfaisante.

- En Septembre 1966 : aucun trouble clinique (urines claires). L'UIV est excellente.

- En conclusion : L'échec de la première résection a été rattrapé par une deuxième résection dont le résultat est excellent après un recul de plus de 4 ans.

TOSC... Domin., 18 ans (68).

- En Juin 1967, opéré à Caen par le Dr. BATAILLE, pour hydronéphrose. CRO : Hydronéphrose due à une atrésie de la jonction pyélo-urétérale gauche et un abouchement ectopique de l'uretère. Résection jonction et d'une tranche pyélique, anastomose en sifflet.

Dans les suites, on signale une fistule lombaire qui cède au cathétérisme urétéral.

- Mais 6 mois plus tard, apparition de douleurs lombaires gauches vives. Le malade est alors adressé au Pr. KUSS.

Urée = 0,35 g./l. ECB : pas de germes. Clearances = 31-61 pour un débit à 0,8 ml/mn et une créatinine sérique à 8 mg/l. L'UIV objective un gros rein gauche muet et l'UPR localise 2 sténoses : l'une lombaire, au niveau de l'urétérostomie à peu près ; l'autre de la néo-jonction.

- Le 14-6-1967 : Intervention (Dr. CHATELAIN): Uretère lombaire supérieur et bassinet pris dans un tissu scléreux dense, bassinet sous tension. Résection des 3 premiers cm de l'uretère et d'une tranche pyélique. Suture au catgut chromé 00. Petite néphrostomie par le calice inférieur. Sonde urétérale. Suites simples.

- Division d'urines post-opératoire :

R.G. : PSP = 10 %
Clearances = 9-22

R.D.(Vessie): PSP = 50 %
Clearances = 28-54

Urée sanguine = 0,20 g/l. Urines stériles.

- En Octobre 1967 : va bien. UIV : bonne sécrétion. Les cavités sont encore un peu dilatées, mais s'évacuent totalement.

- Début 1968 : va bien. Sur l'urographie : bon fonctionnement rénal.

- Au total : Après l'échec de la première intervention, lié probablement à une résection limitée, mais aussi à des fuites urinaires, facteur de sclérose périrénale, une deuxième résection large avec néphrostomie temporaire a permis à ce rein gauche muet de récupérer sa fonction.

TANGO... M., 41 ans (69).

- Depuis 1957 : douleurs lombaires droites parfois vives. UIV : bonne sécrétion, dilatation pyélo-calicielle droite.

- Mars 1959 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction droite. Suites : quelques complications (suppuration de la lombotomie ; infection urinaire).

- Un mois plus tard : aucune amélioration urographique. Le bassinet se vide mal. On entreprend alors des séances de dilatation de la jonction par sondes urétérales.

- En Janvier 1961 : légère amélioration, mais dilatation résiduelle importante et persistance d'un résidu pyélique.

- En Janvier 1962 : urines claires. Les dilatations pyélo-calicielles sont moins importantes. Il existe toujours un résidu pyélique.

- En Novembre 1962 : Les cavités rénales sont moins dilatées, la vidange pyélique est meilleure.

- En 1963 : bon état clinique. Urographie : amélioration.

VALL... G. (70).

- En Février 1960 : colique néphrétique gauche. UIV : rein gauche muet.

- En Mars 1960 : Nouvelle UIV : hydronéphrose gauche, léger retard de sécrétion. UPR : image de rétrécissement de la jonction pyélo-urétérale gauche.

- Intervention en Mars 1960 (Pr. KUSS) : Grosse rétention pyélo-calicielle, résection de la jonction gauche.

- Un mois plus tard : Bon état général, image d'hydronéphrose de moyenne importance.

- Six mois plus tard : UIV : Bonne sécrétion. Amélioration morphologique.

VITR... M., 30 ans (71).

- En 1958 : colique néphrétique gauche, suivie d'hématurie.

- En 1959 : les coliques néphrétiques gauches se répètent. L'hématurie récidive. Urée : 0,30 g/l. ECB : Nombreux Gram -.

L'UIV montre : - une hydronéphrose gauche par anomalie de la jonction pyélo-urétérale ; - une imprégnation du rein droit à peine ébauchée après une heure.

L'UPR droite : - une mauvaise imprégnation du rein droit dont on ne reconnaît ni les calices ni le bassinet (importantes anomalies morphologiques) ; - un rétrécissement de l'uretère lombaire dans sa partie initiale juxta-rénale.

- Le 16-12-1959 : Intervention (Pr. KUSS) : Néphrectomie droite pour pyonéphrose arrivée à son stade ultime de destruction parenchymateuse.

Histologie : sclérose de la musculeuse, sclérose et infiltration lymphoïde de la sous-muqueuse. Ceci pour le bassinet. Pour l'uretère :

lésions identiques. Au total : pyélo-urétérite subaiguë non spécifique avec amincissement de la paroi musculaire.

- Le 6-1-1960 : on décide d'intervenir sur le côté gauche, car les douleurs ne font que se répéter et l'hydronéphrose a grossi sur les clichés. (Pr. KUSS) Résection de la jonction pour atrésie segmentaire sur 1 cm ½. Bon parenchyme.

- Septembre 1960 : Franche amélioration sur le cliché.

- Avril 1961 : Aucun trouble fonctionnel, urines claires contenant quelques germes Gram +. UIV : Bon résultat.

- En 1963 : L'UIV est très satisfaisante.

- En 1965 : Les urines sont stériles. L'UIV est excellente : excellente sécrétion à 5 mn, cavités non dilatées, se vidant bien, bonne opacification de l'uretère.

- Au total : Il s'agit là d'une atrésie congénitale bilatérale de la jonction pyélo-urétérale, étendue au segment initial de l'uretère, compliquée à bas bruit de pyonéphrose à droite, découverte à temps du côté gauche, sur lequel la résection de la jonction et du petit segment atrésique de l'uretère s'est soldée par un excellent résultat.

LE DIL... Al., 19 ans (73).

- Depuis l'âge de 12 ans : douleurs lombaires droites, plus ou moins accompagnées d'hématuries de faible abondance (urines légèrement teintées).

- En 1960 : survenue, après un traumatisme lombaire, d'une hématurie abondante (2 jours après le traumatisme).

- Le 25-4-1960 : UIV : à droite : retard de sécrétion, dilatation importante des calices (images en boules). On ne voit ni le bassinet, ni l'uretère.

- Le 20-5-1960 : Intervention (Pr. KUSS) :

Libération et résection de la jonction pyélo-urétérale droite. Sonde de pyélostomie.

- Suites opératoires : Les douleurs lombaires droites sont réduites à des pesanteurs plus supportables. Mais l'infection urinaire s'installe (urines troubles, contenant de nombreux germes Gram -).

- Juin 1960 : UIV : alors que les boules calicielles sont moins importantes, le bassinet s'opacifie bien.

Lavages du bassinet, antiseptiques urinaires contre l'infection.

- Septembre 1960 : léger retard de sécrétion. Les cavités rénales sont franchement moins dilatées.

- En 1961 : UIV : bon résultat urographique. Urines claires.

RIDE... Al. (44 ans) (74).

- Depuis 1952, se plaint de douleurs lombaires gauches. Colique néphrétique gauche, en Décembre 1954. Urée : 0,35 g/l ; ECB : pas de germes, polynucléaires altérés. UIV : rein gauche muet ; 3 jours plus tard, 2e UIV montrant une sécrétion retardée à 30 mn (apparition alors d'images en boules). Image d'hydronéphrose gauche.

- Le 14-1-1955 : Intervention (Pr. FEY) : Résection de la jonction gauche, pas de vaisseau anormal. Suites simples. Les douleurs s'estompent. L'UIV (2 mois plus tard) montre une légère amélioration.

- Mais en Juin 1958, le malade revient en urgence pour douleurs lombaires gauches vives, pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie totale. L'urée sanguine est à 0,40 g/l. L'UIV montre : une sécrétion à 10 mn, des calices normaux, un bassinet un peu distendu, se vidant complètement, mais à 1 h.30.

- Montée d'une sonde n° 12 à bout olivaire jusqu'à 28 cm. Il existe une légère rétention pyélique d'urines troubles. Lavage du bassinet à la Néomycine. Antibiothérapie par voie parentérale.

- En Février 1960 : bon état général.

UIV : bonne sécrétion, bon aspect morphologique.

MAGU... M., 58 ans (76).

- En 1951, 1952, 1953 : cystites à répétition.

- En 1954 : une pyélonéphrite droite.

- En 1956 : une deuxième pyélonéphrite droite. Bref, à chaque fois que l'on arrête les antibiotiques, la pyélonéphrite réapparaît avec fièvre et urines purulentes.

L'UIV, faite en 1957, montre une image d'hydronéphrose droite avec retard de sécrétion et mauvaise évacuation des cavités excrétrices.

- Le 25-1-1958 : Intervention (Pr. KUSS) : pas d'artère anormale, résection de la jonction droite.

Suites : Après le retrait de la sonde urétérale, apparaissent des douleurs lombaires droites ; le cathétérisme urétéral met alors en évidence une grosse rétention pyélique. Vidange et lavage du bassinet. Terramycine, Gantrisine per os.

- En Septembre 1958 : pas de douleurs, mais urines troubles, petit résidu pyélique au cathétérisme urétéral. Gantrisine, Soframycine.

- En Février 1959 : Les urines sont claires, contenant peu de germes. UIV : léger retard de sécrétion ; le bassinet s'injecte bien, mais reste dilaté.

- En Juin 1962 : la pyélonéphrite droite récidive. Elle cède sous Streptomycine, Rufol.

- En Mai 1963 : les urines sont stériles. Sur

l'urogramme, la sécrétion apparaît dans des délais normaux. Les cavités s'injectent bien, l'uretère est visible. Mais le bassinet reste dilaté et ne se vide pas complètement.

- En Avril 1964 : pas de troubles fonctionnels, urines stériles, meilleur fonctionnement pyélique.

- En 1965 : va bien.

TAILLI... M., 37 ans (77).

En Novembre 1957 : cystite disparaissant sous Rufol.

- En Mars 1958 : récidive de la cystite ; de nouveau, le Rufol est efficace. UIV : image d'hydronéphrose gauche typique ; l'uretère n'est jamais visible. L'UPR confirme l'anomalie de la jonction.

- Le 11-6-1958 : Intervention (Pr. KUSS) Résection de la jonction gauche. Histologie : Zones de sténoses formant des sortes de valvules incomplètes.

Suites opératoires : L'examen cyto-bactériologique des urines montre toujours la présence de germes Gram - plus nombreux qu'avant l'intervention.

Le cathétérisme urétéral évalue le résidu pyélique à 30 cc. Lavage du bassinet. Antibiotiques par voie générale.

- En 1959 : Va bien. UIV : bonne sécrétion, cavités rénales légèrement dilatées, évacuation un peu lente.

- En 1960 : urines stériles. UIV : bonne fonction rénale, aspect morphologique satisfaisant. Vidange pyélique presque normale.

GAUT... J.J., 18 ans (79).

- En 1959 : Découverte d'une albuminurie.

- En Janvier 1960 : Urée sanguine = 0,30 g/l. UIV : pas de retard de sécrétion, petite hydronéphrose gauche. 2 calculs pyéliques gauches. Bilan phospho-calcique normal.

- Le 9-1-1960 : Intervention (Pr. KUSS) : Ablation des calculs. Résection de la jonction pyélo-urétérale (jonction fonctionnelle).

Histologie : Oedème de la sous-muqueuse.
Chimie : Calculs de phosphate de calcium.

- Suites opératoires simples : UIV (un mois plus tard) : bonne sécrétion, évacuation pyélique à 1 h.30.

- 6 mois plus tard : bon résultat clinique et urographique.

GERB... C., 53 ans (80).

- En 1955, coliques néphrétiques fréquentes. L'UIV montre : un calcul urétéral droit, 2 calculs caliciels droits, une dilatation pyélo-calicielle droite.

- L'ablation du calcul urétéral ne fait pas disparaître les signes de souffrance rénale (cavités distendues, retard de sécrétion sur l'urographie). Cette dernière urographie I.V. évoque le diagnostic d'anomalie de la jonction pyélo-urétérale, d'autant plus que l'uretère n'est jamais visible.

- En Novembre 1957 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction droite.

Histologie : le bassinet communique avec l'uretère par un tunnel scléreux infiltré de calcium.

Suites simples.

- Novembre 1958 : Bon état clinique. Bon résultat urographique (en particulier, la sécrétion et l'évacuation se font dans des délais normaux).

GERBER... M., 58 ans (81).

- Depuis 1948 : douleurs lombaires gauches.

- En 1951 : pyélonéphrite gauche.

- Entre 1951 et 1956 : nombreuses pyélonéphrites gauches, réagissant bien à : Streptomycine, Tifomycine, mais réapparaissant dès l'arrêt de ces antibiotiques.

UIV : hydronéphrose gauche.

- En Janvier 1957 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction gauche.

- En Février 1958 : L'amélioration est franche, tant clinique que radiologique.

- En 1959 : aucun trouble fonctionnel, urines stériles, bonne urographie.

- En 1962 : va très bien. UIV excellente.

- En 1956 : va toujours bien.

DARCY... A., 14 ans (86).

- Depuis 1956 : douleurs lombo-abdominales gauches.

- En Février 1960 : UIV : hydronéphrose gauche, uretère non visible. ECB : pas de germes, pas de pus. Urée = 0,25 g/l. Urée urinaire = 8 g/l. Clearance urée : 64 ml/mn.

- Le 12 Mars 1960 : Intervention (Pr. KUSS) : Rétrécissement de la jonction dessinant une anse en queue de cochon, résection classique, sonde urétérale. Les suites opératoires sont compliquées par une pyélonéphrite aiguë. (Après retrait de la sonde urétérale). Pyélostomie (car on ne peut passer le cystoscope). Furadoïne.

- Deux mois plus tard, l'UIV montre une mauvaise évacuation pyélique (le retard est considérable). En outre, l'hydronéphrose semble avoir grossi.

- Le 18 Juin 1960 : reprise de résection de la jonction. Suites simples.

- En Juin 1961 : bon état clinique, urines claires. UIV : bonne fonction rénale, régression des dilatations pyélo-calicielles.

- En Juillet 1966 : bon état clinique, ni pus, ni germes dans les urines. Bonne urographie.

BEAUM... J., 34 ans (88).

- Se plaint depuis 1946 de douleurs lombaires droites plus ou moins vives.

- En 1960 : UIV : retard de sécrétion à 25 mn, images en boules, calicielles, bassinet non opacifié. UPR : grosse hydronéphrose droite par anomalie de la jonction pyélo-urétérale.

- Le 26-7-1966 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction droite. Suites opératoires bonnes.

- Trois mois plus tard : état clinique satisfaisant. Sur l'UIV : bonne fonction rénale, nette amélioration morphologique.

- Depuis, le malade n'est plus revu.

ALLAI... H., 28 ans (89).

- Depuis 1956 : douleurs lombaires gauches parfois vives.

- En 1958 : découverte d'une masse de l'hypocondre gauche, qui régresse entre les crises douloureuses. Urée = 0,25 g/l, urines stériles. UIV : presque pas de retard de sécrétion. Grosse hydronéphrose gauche, important retard d'évacuation. L'uretère n'est jamais visible.

- Le 7-10-1959 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction gauche, sonde urétérale in situ.

Dans les suites opératoires : une pyélonéphrite aiguë qui cède au cathétérisme urétéral et sous antibiotiques.

- En 1960 : urines contenant des germes Gram -, sensibles à la Priopiocine. UIV : petite amélioration.

- En 1961 : amélioration urographique notable.

- En Mars 1963 : bon état clinique, urines limpides, sans germes. UIV : bonne fonction rénale, petite atonie pyélique persistante, mais bien tolérée.

BARBIN..., 19 ans.

- Novembre 1965 : douleurs lombaires droites, hématuries totales. UIV : hydronéphrose droite.

- Janvier 1966 : Intervention (Pr. KUSS) : Grosse hydronéphrose droite, résection de la jonction, sonde urétérale.

Histologie : fibrose de la jonction sans caractères spécifiques.

- Mars 1966 : crise douloureuse lombaire droite, hyperalgique. Montée de sonde urétérale : pas de rétention pyélique. Le lendemain, clocher fébrile à 40°. ECB : nombreux colibacilles dans les urines. Solnicol. Negram.

- En Avril 1966 : L'UIV montre un calcul du calice inférieur droit. Les clearances sont, pour l'urée et la créatinine, respectivement : 59 - 137. Le bilan phospho-calcique est normal.

- En Octobre 1967 : légère hématurie d'effort, pas de douleurs. ECB : quelques germes Gram -. UIV : le calcul caliciel n'a pas grossi. La fonction et la morphologie du rein sont satisfaisantes.

- En 1968 : idem.

- Au total : La résection de la jonction a amélioré la fonction rénale et la morphologie des

cavités excrétrices. Quant à la genèse de la lithiase, s'agit-il d'un petit calculin méconnu préopératoirement et qui aurait grossi secondairement ? Dans le cas où ce calcul se serait développé après la résection de jonction, le rôle de la stase est modeste, celui de l'infection est peut-être un peu plus important.

THEOD... J.P., 22 ans.

- En Mars 1965, blennorragie traînante qui déclenche l'UIV. Urée = 0,20 g/l. UIV : à droite : gros retard de sécrétion ; images en coules coliciel-les ; uretère non visible. ECB : nombreux bacilles Gram -. Créatinine sanguine : 11,5 mg/l. Clearances = 49-89.

- Le 30 Mars 1965 : Intervention (Pr. KUSS) : Cavités distendues, parenchyme réduit, résection de la jonction droite, sonde urétérale.

Histologie : hyperplasie musculaire lisse avec fibrose interstitielle non spécifique.

- Division d'urines post-opératoire :

R.D. : PSP = 15 % Clearances = 10-20 R.G. (Vessie) : PSP = 40 % Clearances = 33-72

Nombreux colicabilles. Lavage et nitratage du bassinet. Anti-infectieux urinaires.

- En 1966 : UIV : toujours retard d'opacification, mais cavités moins distendues et uretère visible.

- En 1967 : bon état clinique. UIV : opacification plus précoce, légère amélioration de la fonction rénale.

- En 1968 : bon état clinique, urines stériles. UIV : dilatations moindres, meilleure fonction rénale.

PRUDH... G., 39 ans.

- En 1959 : 2 coliques néphrétiques droites. UIV : hydronéphrose droite, fonction rénale perturbée (sécrétion à 20 mn, bassinet en réplétion sur les clichés tardifs).

- Le 4-3-1960 : Intervention (Pr. FEY) : hydronéphrose droite, vaisseau anormal, section du vaisseau, résection de la jonction.

- 2 mois plus tard : bon état clinique, légère amélioration urographique.

- En 1961 : va bien, bonne fonction rénale, meilleur fonctionnement pyélique sur l'urogramme.

DUM... R., 35 ans.

- En 1952 : découverte d'une hydronéphrose bilatérale.

- En 1953 : néphrostomie gauche, puis néphrectomie, car ce rein droit est très insuffisant.

- En 1963 : anurie, néphrostomie gauche.

- En Octobre 1967 : nouvelle anurie, nouvelle néphrostomie.

- Le 11-1-1968 : fermeture de la néphrostomie droite par urétéro-iléo-cystoplastie après résection pyélo-urétérale.

Le résultat est assez satisfaisant (3 mois) : Bon état général. Aucun trouble fonctionnel. UIV : assez bonne fonction rénale. Pyélographie (par voie rétrograde) : bonne opacification du rein droit.

Explorations fonctionnelles : Urée = 0,40 g/l. Clearance de l'urée = 31,5 (débit urinaire = 1,5 ml/mn). Clearance de la créatinine = 65.

GARN... J., 34 ans.

- Juillet 1964 : colique néphrétique droite.

Urée = 0,30 g/l. UIV = hydronéphrose droite énorme ; sécrétion retardée. ECB = pas de germes. Clearances = 53-90. PSP = 25 %.

- En Octobre 1964 : Intervention (Pr. KUSS) : très grosse hydronéphrose droite ; pas d'obstacle ni extra ni intra-rénal ; jonction fonctionnelle ; résection de la jonction ; sonde urétérale.

- Division d'urines post-opératoire :

R.D. : PSP = 10 %
Clearances = 12-30

R.G. : PSP = 10 %
Clearances = 23-54

- En Janvier 1965 : nouvelle division d'urines :

R.D. : PSP = 15 %
Clearances = 7-26

R.G. : PSP = 40 %
Clearances = 18-72

ECB = nombreux germes Gram -, sensibles à Kanamycine, Néomycine.

UIV : bonne sécrétion, mais le rein droit reste toujours dilaté, lent à s'évacuer.

Antibiotiques, lavages et nitratage du bassinet.

- En Mai 1967 : pas de troubles fonctionnels.

Séparation d'urines :

R.D. :
Clearances = 8-17
PSP = 10 %

R.G. :
Clearances = 15-40
PSP = 40 %

UIV : Il n'y a pas de retard à la sécrétion, mais il persiste une importante distension pyélique et l'évacuation est lente.

- En 1968 : va bien. Aspect urographique identique. Urines contenant quelques germes Gram -. La précocité de la sécrétion et la bonne tonalité du produit de contraste témoignent toutefois d'une certaine amélioration fonctionnelle.

GUILLER... G., 21 ans.

- En Novembre 1964 : hématurie survenue après

une partie de rugby (coup de genou dans le flanc gauche). Urée sanguine = 0,35 g/l. UIV : à gauche : gros retard de sécrétion, grosse hydronéphrose, uretère non visible. UPR = hydronéphrose par sténose de la jonction pyélo-urétérale. ECB = staphylocoques dans les urines. pH urinaire = 6,2. PSP = 50 %. Clearances = 45-106.

- Le 27-11-1965 : Intervention (Pr. KUSS) : Gros pédicule vasculaire précroisant résection pyélique et jonction gauche. Décroisement.

- Division d'urines post-opératoire :

R.G. (sonde d'urétérostomie): Clearances = 12-42

R.D. (Vessie) : Clear. = 41-106

UIV (un mois après l'intervention) : aucune amélioration.

- Janvier 1966 : UPR : bonne perméabilité de la jonction (passage d'une sonde n° 14).

- Juillet 1966 : va bien, urines claires contenant peu de germes.

- En 1967 : légère amélioration urographique, mais clearances toujours faibles (Le rein gauche représente le tiers de la valeur fonctionnelle du rein droit).

LANGL... J.M., 47 ans.

- En 1945 : néphrectomie droite pour contusion du rein droit consécutive à un accident de parachutisme (en fait, ablation de l'hémi-rein droit, car rein en fer à cheval).

- En 1961 : apparition de douleurs lombaires gauches sourdes avec hématuries discrètes. UIV : hydronéphrose gauche.

- En 1965 : UIV : hydronéphrose importante sur l'hémi-rein restant qui est ptosé ; retard de sécrétion : 15 mn. UPR : sténose de la jonction pyélo-urétérale congénitale ou par péri-urétérite post-traumatique. Dans les suites de cette UPR :

septicémie à pyocyaniques sensibles à la colimycine.

- Depuis 1965 : nombreux épisodes d'oligurie ; la diurèse se rétablit sous antispasmodiques (Spasfon).

- En Octobre 1967 : les douleurs lombaires deviennent plus vives. Urée sanguine = 0,35 g/l. UIV : L'hydronéphrose est plus importante. Radiocinéma : sur une séquence, apparaissent des contractions pyéliques suivies d'une bonne chasse pyélique. (Le caractère fonctionnel de cette anomalie de la jonction semble donc être prédominant). Clearances = 31-64. Scintigraphie : hypertrophie considérable du rein unique avec fixation non homogène du traceur (aspect compatible avec une hydronéphrose).

- Le 14-12-1967 : Intervention (Pr. KUSS) : Lésions de l'isthme enserré dans un tissu cicatriciel. Section d'une bride prépyélique. Résection de la jonction. Pyélostomie. Suites simples.

- Janvier 1968 : urée = 0,35 g/l ; clearances = 47-100 ; PSP = 45 %. UIV : meilleure fonction rénale, mais persistance des dilatations pyélo-calicielles ; uretère visible.

- En Février 1968 : 2 pyélonéphrites aiguës. Furadoïne, Colimycine, lavage et nitratage du bassinet.

- Mars 1968 : meilleur état clinique. UIV : bonne fonction rénale.

BESS... R..

- Début 1968 : colique néphrétique droite avec émission de petits calculs clairs. UIV : hydronéphrose bilatérale ; à droite : plus modérée, vidange pyélique à 2 h. ; à gauche : grosse distension pyélique, très discret retentissement calicial ; bassinet encore en réplétion à 4 h.

On décide d'opérer le côté gauche.

- Le 24-4-1968 : Intervention (Dr. AUVERT) :

Résection de la jonction et plastie du bassinet par résection de la grande courbure et tubulisation de la petite courbure, pour pyélectasie avec hypoplasie de l'uretère qui est atrésique et calices normaux. Sonde de Marion de néphrostomie, sonde urétérale transrénale. Histologie : uretère grêle, histologiquement normal. Pyélographie de contrôle par la néphrostomie : bon passage.

- Juillet 1968 : va bien. UIV : amélioration fonctionnelle et morphologique du rein gauche.

BOUSQ... H., 23 ans.

- En 1964 : douleurs lombaires droites vives. Depuis, lombalgies fébriles. Urée = 0,39 g/l. Pollakiurie. UIV : hydronéphrose droite importante ; on voit l'uretère sur un cliché. Vidange tardive.

- Le 18-4-1968 : Intervention (Pr. COUVELAIRE): Jonction en apparence normale, résection de la jonction et d'une collerette pyélique. Anastomose au catgut 0000. Néphrostomie par le calice inférieur. Pas de sonde de modelage. Biopsie rénale : normale.

- Août 1968 : va bien. UIV : sécrétion précoce, cavités toujours dilatées, vidange à 1 h.30.

KOVA... S., 25 ans.

- En 1966 : hypertension à 17-11, découverte lors de l'examen d'incorporation militaire. UIV : hydronéphrose droite.

- Février 1968 : douleurs lombaires droites. Artériographie : parenchyme rénal aminci (temps néphrographique).

- Le 18-4-1968 : Intervention (Dr. AUVERT) : Lombotomie droite par la IIe côte. On découvre un rein en partie lobulé par un kyste du pôle inférieur (20 ml de liquide). Très gros bassinet ; forte pression : 220 ml. Sténose intrinsèque de la jonc-

tion. On décide une plastie tubulisant la grande courbure. La taille des lambeaux est limitée par le fait que les tiges calicielles s'ouvrent dans le bassinet en dehors du hile. Suture du bassinet réséqué pour la tubulisation de la grande courbure. Résection de la jonction sur 2 cm. Une néphrostomie est passée dans le bassinet par un calice inférieur à travers le fond du kyste. Sonde urétérale de modelage n° 12. Anastomose pyélo-urétérale au catgut 000. En fin d'intervention, la capacité pyélique est de 20 cc. Histologie : jonction fibreuse.

Suites opératoires simples. Pyélographie par la sonde de néphrostomie : bonne.

- Un mois après l'intervention : UIV : sécrétion à 5 mn. Les cavités calicielles sont dilatées, mais moins qu'avant l'intervention. Vidange satisfaisante. Pas de résidu à 2 h.

- Octobre 1968 : va bien. UIV assez bonne. ECB : Klebsiella sensibles à Rufol, Gantrisine. Artériographie : normale. Anaprel.

LUCAS... M., 27 ans.

- Fin 1967 : Lombalgies gauches fébriles. UIV : hydronéphrose gauche.

- Le 10-4-1968 : Intervention (Dr. AUVERT) : 12e côte gauche : parenchyme rénal peu épais, bassinet très distendu, jonction très rétrécie, section en biseau de l'uretère, résection du bassinet le long de la grande courbure. Ablation de 2 calculs, l'un du calice moyen, l'autre du calice inférieur (par néphrotomie). Par cette néphrotomie, on fait passer une sonde de néphrostomie et une sonde urétérale de modelage. Anastomose pyélo-urétérale à la partie inférieure de la raquette pyélique. Biopsie rénale : normale.

Histologie jonction : atrophie de la musculeuse.

- Au 12e jour : ablation de la sonde urétérale.

- Au 14e jour : clampage de la sonde de néphrostomie pendant 3 heures, puis retrait = poussée thermique à 40° (le lendemain). Antibiotiques et Cortancyl. UIV : bonne sécrétion à 10 mn, jonction perméable.

- Octobre 1968 : brûlures mictionnelles, urines troubles (pyurie à colibacilles). UIV : bonne sécrétion à 5 mn, bassinet moins dilaté, mais vidange toujours tardive à 2 h. 2 petits calculs du calice moyen. Nibiol, Bayréna.

LEVAGU... M.Cl., 24 ans.

- Fin 1967 : 2 coliques néphrétiques. Urée = 0,20 g/l. TA : 14-7. UIV : hydronéphrose gauche.

- Le 12-1-1968 : Intervention (Dr. CUKIER) : Résection de la jonction gauche, sonde de néphrostomie, pas de sonde de modelage. Histologie : jonction normale.

- Ablation de la sonde de néphrostomie au 12e jour (résidu pyélique 20 cc, pression intra-pyélique : 20 cm3 d'eau).

- Fin 1968 : va bien, amélioration urographique.

CAT... Cl., 46 ans.

- En 1966 : colique néphrétique gauche.

- Mai 1967 : douleurs lombaires gauches. UIV : gros calcul radio-transparent du bassinet gauche. Extraction à Fontainebleau (calcul d'acide urique).

- Août 1967 : nouvelle UIV : hydronéphrose gauche.

- Le 18-12-1967 : Intervention (Dr. CUKIER) : Sténose cicatricielle de la jonction après pyélotomie gauche. Résection de la sténose. Réimplantation de l'uretère au point déclive du bassinet.

Sonde de néphrostomie, pas de sonde de modelage. Histologie : sténose post-opératoire de la jonction, atrophie pariétale touchant tous les plans tissulaires pariétaux.

- Fin 1968 : va bien, urines stériles. UIV : bonne sécrétion, discrète dilatation pyélique, jonction perméable. Alcalinisation des urines (Vichy).

LUQ... L., 42 ans.

- En 1966 : cystite.

- Novembre 1967 : cystite, douleurs lombaires. ECB = colibacilles. UIV : Rein droit muet, hydronéphrose gauche, méga-uretère gauche. Urée sanguine = 0,34 g/l. Clearances = 35-71. Créatinémie = 12 mg/l. Artériographie rénale : agénésie du rein droit. Cystographie rétrograde : absence de reflux. Radiocinéma (UIV télévisée) : pas de reflux en décubitus dorsal, ventral.

- Le 14-12-1967 : Intervention (Dr. AUVERT) : Résection de la jonction pour hydronéphrose par achalasie termino-urétérale associée à une hypoplasie de la jonction. On considère qu'il serait dangereux d'effectuer la réparation des deux obstacles en un temps. On commence par l'obstacle lombaire. On espère que le drainage par néphrostomie pendant 3 semaines amènera une régression partielle du méga-uretère et facilitera la réimplantation. Lombotomie par la 12e côte. Dissection facile d'un rein assez grand, mais peu épais. Très grand bassinet vide ; rares contractions de l'uretère sous-pyélique très fin sur 5 cm. Plus bas : méga-uretère de la taille d'un petit doigt. Pour étudier le passage de l'urine, on coupe la zone étroite d'uretère. Malgré les perfusions abondantes, aucun passage d'urine. On enlève donc le segment étroit avec la zone adjacente du méga-uretère en bas et du bassinet en haut.

Sonde de néphrostomie par le calice inférieur (Foley 15-30). On note que les pyramides sont complètement effacées. Anastomose pyélo-urétérale.

La capacité du bassinet en fin d'intervention est de 50 cc. Une sonde urétérale transrénale franchit l'anastomose.

- Histologie : jonction : interruptions fibreuses de la musculeuse. Méga-uretère : dystrophie kystique de la muqueuse.

- Retrait de la sonde de néphrostomie au 15e jour. Montée de sonde urétérale qui ramène 100 cc. d'urines troubles.

- Le 29-12-1968 : 2me intervention (Dr. AUVERT) : Résection uretère terminal et réimplantation anti-reflux pour méga-uretère par achalasie sur rein unique.

- Le 15-1-1968 : va bien. Urines claires, sans germes. UIV : sécrétion à 5 mn, jonction perméable, vidange retardée, mais complète.

- Fin 1968 : bon état clinique, nouvelle amélioration urographique.

DJO... Z., 30 ans.

- Mars 1967 : hématurie survenue après une chute de 2 m. UIV : rein gauche muet, hydronéphrose droite.

- Novembre 1967 : UIV sous perfusion : rein gauche toujours muet, gros rein droit 17x7 cm, sécrétion précoce, vidange tardive.

- Le 10-4-1968 : Intervention (Dr. AUVERT) : Lombotomie droite par la 12e côte, implantation haute de l'uretère, résection de la jonction. Anastomose pyélo-urétérale au catgut 000. Sonde urétérale 14 de modelage. Sonde de Couvelaire (20-40) en néphrostomie.

- Biopsie rénale : normale.

- Histologie jonction : hyperplasie musculaire plexiforme.

- Juin 1968 : pyurie à pyocyanique.

- Novembre 1968 : va mieux, urines claires. UIV : le rein demeure hydronéphrotique, mais bonne sécrétion et bonne vidange.

HENN... Luc, 51 ans.

- En 1960 : infection urinaire, lombalgies droites. TA = 19-11.

- Mai 1967 : septicémie à colibacilles. UIV : hydronéphrose droite, lithiase rénale droite.

- Le 22-5-1968 : Intervention (Dr. AUVERT) : Résection de la jonction sous néphrostomie. Ablation des calculs. Lombotomie droite par la 12e côte. Bassinet noyé dans une scléro-liponatose très adhérente. Dissection laborieuse du bassinet. Gangue fibreuse importante autour de la jonction. Pyélotomie au bord inférieur du bassinet. Extraction du calcul pyélique. Le calcul du calice inférieur est extrait par néphrotomie en enlevant un couvercle du calice inférieur qui est très aminci. Par ce couvercle, on fait passer une sonde de néphrostomie. Résection de la jonction. Anastomose sur sonde urétérale de modelage transrénale. Drain sous-pyélique.

- Histologie : fibrose péri-jonction.

- Sonde urétérale enlevée au 11e jour. Sonde de néphrostomie au 18e jour après clampage.

-Fin 1968 : TA 17-11. Urines claires. Pas de douleurs. Amélioration urographique.

RENV... J., 40 ans.

- Avril 1968 : colique néphrétique gauche.

- Juillet 1968 : 2e colique néphrétique, infection urinaire à Escherichia coli. UIV (en cours de crise) : gros rein gauche muet.

- Le 17-7-1968 : Intervention (Dr. MOULONGUET): Ponction pyélique 300 cc. d'urines claires. Pas

d'obstacle extrinsèque évident. Il semble que le syndrome actuel soit lié à la conjonction d'une dysectasie de la jonction et d'un pédicule polaire inférieur prépyélique. Résection de la jonction. Implantation de l'uretère près du bord interne du rein, dans la face postérieure du bassinet, pour l'éloigner au maximum du pédicule polaire inférieur. L'anastomose urétéro-pyélique est cathétérisée par un drain multiperforé, sorti par la face transrénale et laissé en modelage.

- Histologie : jonction normale.

- Octobre 1968 : va bien, amélioration fonctionnelle sur l'urographie, mais cavités encore dilatées.

BEN.PE... M., 36 ans.

- Janvier 1968 : lombalgies gauches. UIV : rein gauche muet.

- Le 20-7-1968 : Intervention (Pr. COUVELAIRE) Résection de la jonction gauche. Décroisement polaire inférieur, sonde de Redon splint ressortant par l'uretère.

- En Août 1968 : pyurie à pyocyaniques (sensibles à Gentalline).

- Octobre 1968 :ne souffre plus, urines légèrement infectées. UIV : bonne sécrétion à 5 mn, jonction perméable. Mais persistance des dilatations calicielles (bien que moindres).

FONT... M.L., 20 ans.

- En 1967 : douleurs lombaires bilatérales, infection urinaire. Urée sanguine = 0,25 g/l. Clearances = 86-100. UIV : hydronéphrose bilatérale prédominant à gauche. Scintigraphie : bonne valeur fonctionnelle bilatérale.

- 29-10-1968 : Intervention (Pr. COUVELAIRE) :

Résection de la jonction gauche. Sonde de néphrostomie + Redon splint ressortant par le bassinet.

Histologie : au niveau de la jonction, les fibres musculaires n'occupent que les 2/3 de la circonférence.

- Fin 1968 : amélioration clinique et urographique.

DE SENNE..., 11 ans.

- En 1967 : hématuries, cystite. UIV : sécrétion précoce, hydronéphrose gauche.

- Le 17-4-1967 : Intervention (Dr. CUKIER) : Résection de la jonction, néphrostomie. Histologie : jonction normale.

- Un an plus tard : très bon résultat urographique, urines stériles.

LEGER... F., 6 ans.

- En 1967 : hématurie, lombalgies gauches. UIV : sécrétion bilatérale précoce, hydronéphrose gauche.

- Le 8-5-1968 : résection de la jonction gauche. Néphrostomie.

- Fin 1968 : bon résultat urographique.

MADELM... Y., 43 ans.

- Novembre 1967 : colique néphrétique droite. UIV : sécrétion bilatérale précoce, hydronéphrose droite. ECB : colibacilles.

- Le 19-12-1967 : Intervention : Résection de la jonction droite. Sonde de modelage transrénale. Sonde de néphrostomie.

Histologie : hypertrophie de la musculeuse.

- Mais après retrait de la sonde de néphros-

tomie : fuite urinaire et fièvre. Une montée de sonde ne franchit pas la jonction. On décide d'intervenir : abord par incision iliaque prolongée vers le haut. Libération d'une gangue scléreuse péri-urétérale et péripyélique ; une sonde introduite par urétérotomie passe alors.

- Une semaine plus tard : amélioration, retrait de la sonde urétérale sans incident.

- L'infection urinaire à Protéus est traitée par Kanamycine, Totapen, Nibiol, puis par Colimycine, Flabelline et Cortancyl.

- A l'UIV, le rein droit est toujours stasique, vidange à 3 heures.

- Fin 1968 : urines stériles. UIV : sécrétion à 5 mn, de bonne tonalité. Bassinet toujours dilaté, mais moins que sur la série de clichés précédente. Vidange à 1 h.30.

o o

DANS 3 CAS, LA FONCTION RENALE EST RESTEE STATIONNAIRE.

COGN... J., 43 ans.

- En Mars 1966 : rein droit muet sur l'urographie demandée à l'occasion de douleurs lombaires. Epreuves globales : urée sanguine = 0,30 g/l ; PSP = 45 % ; ECB = quelques germes Gram -.

Epreuves séparées (division d'urines préopératoire) :

R.D. : Clearances = 2,5-8 pour un débit = 0,35 ml/mn

R.G. (vessie) : Clearances = 48-120

- Le 10-3-1966 : Intervention (Dr. DENIS) : Abord par D11 ; pas de vaisseaux anormaux ; résection de la jonction qui est rétrécie et d'une grande partie du bassinet. Bon aspect macroscopique

du rein. Sonde n° 20 in situ.

- Division d'urines post-opératoire :

R.D. : Clearances = 2-5 pour un débit = 0,30 ml/mn

R.G. (Vessie) : Clearances = 39-80

- Pyélographie par la sonde d'urétérostomie : bon passage dans le bassinet, opacification de 2 groupes caliciels.

- UIV (un mois plus tard) : légère amélioration de la fonction rénale (sécrétion à 15 mn). Mais cette fonction rénale reste toujours très diminuée et une néphrectomie secondaire, ultérieure, n'est pas du tout à exclure.

- En 1967 : état stationnaire.

HUA... F., 55 ans.

- En Juin 1958 : douleurs lombaires bilatérales. Urée : 0,60 g/l. UIV : importante hydronéphrose gauche, calcul pyélique prisonnier. UPR : volumineuse dilatation pyélo-calicielle gauche, mauvaise évacuation.

- Le 5-7-1958 : Intervention (Pr. KUSS) : artère anormale, jonction nettement pathologique, libération, ablation du calcul, résection de la jonction.

Histologie : oedème de la sous-muqueuse. Analyse chimique du calcul : oxalate et phosphate de calcium.

- En Septembre 1958 : ne souffre plus, mais pas d'amélioration urographique.

- En Septembre 1959 : petite amélioration urographique. La sécrétion apparaît toujours à 25 mn, mais le bassinet se vide un peu mieux.

- En 1961 : pas d'aggravation.

- En 1962 : état clinique satisfaisant, aspect urographique stationnaire.

MORIL... G. (22 ans).

- Janvier 1962 : douleurs lombaires gauches vives. Urée sanguine = 0,25 g/l. ECB : présence de germes Gram -. UIV : à gauche : retard de sécrétion, hydronéphrose avec grosse distension du calice supérieur ; à droite : pas de retard de sécrétion, petite hydronéphrose.

UPR gauche : le liquide de contraste remplit, après avoir traversé une jonction rétrécie, une poche hydronéphrotique. PSP = 45 %. Créatinémie = 8 mg/l. Clearances = 50-77.

- Le 7-6-1962 : Intervention (Pr. KUSS) : Vaisseaux anormaux. Très grosse distension, 150 g. Résection de la jonction gauche, décroisement. Sonde urétérale, sonde de néphrostomie.

Biopsie rénale : néphrite chronique parenchymateuse.

Division d'urines post-opératoire :

R.G. :	R.D. (Vessie) :
Urée urinaire : 0,85 g/l	14,75 g/l
PSP = 5 %	PSP = 45 %

- Sort le 7-7-1962 : Nibiol, Furadoïne.

- En Septembre 1962 : séparation d'urines :

R.G. : Clearances = 3-9 R.D. : Clearances = 10-21

- Ablation de la sonde de néphrostomie. Après pyélographie : importante distension des cavités rénales gauches.

- Au total : Installation d'une insuffisance rénale droite progressive ; on peut se féliciter d'avoir conservé le rein gauche dont la fonction reste faible, mais stable. Le malade est confié au néphrologue.

o o

DANS 14 CAS, L'AVENIR DU REIN A ETE COMPROMIS.

ROBE... M., 32 ans.

- En 1959 : douleurs lombaires droites, fièvre à 40°. UIV : Rein droit muet. UPR : importante hydronéphrose droite.

- Octobre 1959 : Intervention (Dr. QUENU) : Longue résection pyélique, fermeture d'une raquette, réimplantation de l'uretère en position déclive après résection d'une jonction atrésique. A noter l'existence de vaisseaux anormaux.

- En 1960 : UIV : rein muet.

- En 1961 : UIV : rein muet. L'absence de douleurs, de fièvre et de pyurie fait que la néphrectomie n'est pas urgente ; mais elle reste la seule solution pour ce rein très insuffisant.

VIRG... L., 15 ans.

- Août 1965 : lombalgies gauches, 2 coliques néphrétiques. Urée sanguine = 0,30 g/l. UIV : hydronéphrose gauche, sécrétion retardée, opacification pâle. ECB : nombreux bacilles Gram -.

Division d'urines :

R.G. :	Urée urinaire = 4,5 g/l	R.D. :	12,75 g/l
	PSP = 2 %		25 %
	Clearance urée = 9		27

- Le rein droit étant bon, le problème qui se pose est celui de la néphrectomie gauche, mais on tente la résection de jonction.

- Le 26-10-1965 : Intervention (Pr. KUSS) : Hydronéphrose gauche infectée, résection de jonction, sonde de néphrostomie, sonde urétérale.

Division d'urines post-opératoire :

R.G. (urétérostomie) :
PSP < 10 %
Clearances = 7-18
Débit = 0,60 ml/mn

R.D. (Vessie) :
PSP = 50 %
Clearances = 31-55

- Pyélographie : rétention pyélique assez notable.

- En Octobre 1967 : nouvelle division d'urines :

R.G. :
Clearances = 1,1-2,1
Débit = 0,08 ml/mn
ECB = nombreux germes
Gram -

R.D. :
Clearances = 12,5-37

- UIV : sécrétion retardée, persistance des dilatations, aspect flétri des cavités rénales.

La déficience du rein gauche est donc très marquée (valeur fonctionnelle = 1/10 de celle du rein droit). On envisage la néphrectomie, mais pas d'urgence, car il n'y a pas de fièvre, ni de douleur et la T.A. est normale.

YANN... D., 19 ans.

- En Septembre 1961 : émission de calculs urinaires, urée = 0,30 g/l. UIV : volumineuse hydronéphrose droite, nombreux petits calculs pyélo-caliciels. ECB : staphylocoques, colibacilles. PH urinaire = 7,5. Bilan phospho-calcique normal.

- Le 23-9-1961 : Intervention (Pr. KUSS) : très grosse hydronéphrose droite, pas de vaisseau anormal, ablation des calculs pyéliques et d'une partie des calculs caliciels nombreux. Résection de la jonction. Sonde n° 13. Assez bon parenchyme.

- Suites opératoires : bon fonctionnement de la sonde urétérale.

- Division d'urines post-opératoire :

R.D. :
Urée urinaire = 9,5 g/l
Nombreux germes Gram -.

R.G. :
Urée = 19,75 g/l

- Quitte le service en Novembre 1961 : Flabelline, Rufol, Chlorure d'ammonium.

- En 1963 : UIV : pas d'amélioration (retards, grosse hydronéphrose, nombreux calculs).

- En 1964 : épisode infectieux avec hématurie, fièvre, élimination de calculs. Sur le cliché : rein pratiquement muet, ébauche de coralliforme.

- On envisage la néphrectomie en fin de croissance.

CORB... Y., 34 ans.

- En Août 1961 : éclampsie, accouchement prématuré. Il existait en effet un volumineux hématome rétro-placentaire.

- 8 jours après : fièvre élevée, perception d'un gros rein douloureux. Urée = 0,30 g/l. UIV : rein droit muet. Montée de sonde qui ramène une quantité minime d'urine et qui permet l'UPR (la colonne opaque s'arrête à la jonction pyélo-urétérale) et une division d'urines : la PSP est à 5 % pour le rein droit contre 40 % pour le côté opposé.

Malgré tous ces signes d'insuffisance rénale droite assez avancée, on tente, le 25-10-1961, une résection de jonction. Malheureusement, les UIV faites un mois et 2 mois plus tard montrent un rein exclu.

- Le 6-1-1962 : néphrectomie droite. Histologie : pyélonéphrite chronique marquée. Le rein restant est bon.

- Bilan fait en 1965 : Urée = 0,20 g/l ; clearances = 58-122. UIV : hypertrophie compensatrice.

ALLA..., 56 ans.

- En Novembre 1957 : douleurs lombaires basses

droites, pus dans les urines, brûlures mictionnelles. ECB : colibacilles sensibles à Colimycine, Rufol). Urée sanguine : 0,60 g/l. UIV : hydronéphrose droite, retard de sécrétion à 10 mn. Uretère non visible. UPR : montée de sonde à 28 cm, bassinet en rétention. Sur le cliché : image d'hydronéphrose, rétrécissement de la jonction.

- Le 4-3-1958 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction droite. Sonde urétérale montée en fin d'intervention.

- En Janvier 1960 : revient pour colique néphrétique droite. UIV : calcul de l'uretère lombaire droit, aggravation de l'hydronéphrose.

- Le 23-1-1960 : extraction du calcul d'oxalate de calcium par urétérotomie lombaire. Passage d'une sonde urétérale n° 12 à bout olivaire vers le bassinet (la rétention pyélique infectée est importante).

- Le 26-1-1960 : Division d'urines :

R.D. : Urée urinaire = 1 g/24 h.

R.G. (Vessie) : = 20 g/24 h.

- Le 24-2-1960 : UIV : mauvais fonctionnement du rein droit, opacification tardive, pâle ; grosses boules.

Une réintervention plastique ne peut être envisagée.

Néphrectomie.

ACHA... C., 36 ans.

- Depuis 1952 : cystites à répétition.

- En Juillet 1964 : hématurie, fièvre à 40°, brûlures mictionnelles. Elle est admise d'urgence dans le service. L'UIV montre un mutisme rénal droit. PSP = 35 %. Clearances = 30-97.

- Le 20-8-1964 : néphrectomie droite pour pyonéphrose, anomalie de la jonction méconnue.

Histologie : pyonéphrose secondaire à une hydronéphrose. L'autre rein est bon.

DELI... E., 38 ans.

- Depuis 1946 : douleurs lombaires droites, quelques coliques néphrétiques.

- En Août 1965 : coliques néphrétiques très rapprochées. Urée sanguine = 0,35 g/l. ECB : présence de pyocyaniques dans les urines. UIV : rein droit muet. UPR : hydronéphrose droite, sténose de la jonction pyélo-urétérale. PSP = 50 %. Clearances = 34-88.

- En Octobre 1965 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction droite ; néphrostomie par le calice inférieur. Biopsie rénale : néphrite chronique ascendante.

- Six semaines plus tard : néphrectomie, car le rein est toujours muet, les clearances correspondant au rein droit sont très faibles : 5-9. Le rein restant est bon.

- Février 1966 : douleurs du flanc gauche, que l'on rattache à l'hypertrophie compensatrice évidente sur les radios.

GEER... L., 32 ans.

- En Août 1963 : colique néphrétique droite. TA = 11-6. Urée sanguine = 0,40 g/l. ECB : quelques cocci Gram -. pH urinaire = 5,6. UIV : sécrétion non retardée, hydronéphrose droite.

- Le 18-10-1963 : Intervention : Résection de la jonction droite, sonde urétérale in situ.

- Un mois plus tard : 2 clochers fébriles à 40°. ECB : nombreux germes Gram -. Montée de sonde. Division d'urines :

R.D. :
Débit = 0,8 ml/mn
Clearances = 12-16

R.G. :
Débit : 0,6 ml/mn
Clearances = 18-47

Pyélographie : sténose de la jonction pyélo-urétérale.

- Sous antibiotiques, la fièvre cède, mais l'infection urinaire persiste.

- En Avril 1964 : UIV : Rein droit muet, même à 2 h.

- Septembre 1965 : Rein droit muet.

- En 1966 : Rein droit muet. Néphrectomie.

GERMON... A., 20 ans.

- Admis en 1964 dans le service pour hématurie. TA = 12,5-9. Urines stériles. Urée = 0,30 g/l. PSP = 45 %. Clearances = 38-119. UIV : hydronéphrose bilatérale, plus marquée à gauche.

- En Juin 1964 : Intervention (Dr. CHATELAIN): Résection de la jonction gauche. Histologie : fibrose de la musculeuse.

- En Juin 1965 : va bien. Urines stériles. UIV, à gauche : persistance des dilatations, évacuation tardive.

- En Novembre 1966 : pas de germes dans les urines, mais nombreuses hématies. PSP = 25 %. Clearances = 26-59. UIV : état stationnaire.

- En Juin 1967 : crises convulsives. TA = 23-15. Urée = 2 g. Clearance de l'urée = 5.

Le malade est confié au Dr. GUEDON, à la Clinique néphrologique de l'Hôpital Foch.

HERM... J., 33 ans.

- En Juillet 1958 : douleurs lombaires droites, hématurie.

- Août 1958 : UIV : hydronéphrose bilatérale, à peu près symétrique. UPR droite : grosse distension pyélique ; il semble exister une compression

extrinsèque modérée au collet de l'uretère.

- Octobre 1958 : Intervention (au Maroc) : ligature des vaisseaux anormaux précroisant la jonction droite. Mais nouvelles coliques néphrétiques droites et gauches surtout. UIV : inchangées.

- En Septembre 1959 : admis à Cochin. Urée = 0,35 g/l. Urines troubles.

- Le 3-10-1959 : Intervention (Pr. KUSS) : Résection de la jonction gauche. Sonde urétérale (car douleurs prédominant à gauche).

- Suites compliquées : dès qu'on retire la sonde urétérale, les crises douloureuses réapparaissent. De plus, 2 pyélonéphrites viennent se greffer sur cette évolution peu favorable.

- Enfin, en Février 1961, la découverte d'un calcul caliciel inférieur gauche conduit à une hémi-néphrectomie polaire inférieure.

- L'infection urinaire traînante, les signes de pyélonéphrite chronique, la récidive lithiasique ne font que renforcer la décision de la néphrectomie gauche qui est pratiquée le 17-5-1962.

- Quant au rein droit restant, le bilan de Juin 1962 permet l'optimisme : PSP : 35 %. Urée = 0,20 g/l. Clearance de l'urée = 37. UIV : très bon rein droit. Débit : 1 ml/mn.

- Au total : Dans le cas particulier, la ligature des vaisseaux anormaux a entraîné un bon résultat à droite ; à gauche, la résection de jonction n'a pas eu des suites heureuses.

DID... A., 55 ans.

- Juin 1967 : douleurs lombaires gauches. UIV : hydronéphrose gauche.

- Le 22-3-1968 : Intervention (Pr. COUVELAIRE) : Résection de la jonction gauche, anastomose pyélo-urétérale.

- Le 25-5-1968 : douleurs lombaires gauches, avec fièvre à 39°. Gros rein gauche. Montée de sonde : les signes s'amendent.

- Le 18-11-1968 : UIV : rein gauche muet.

- Le 22-11-1968 : Néphrectomie gauche. Histologie : Néphrite interstitielle importante.

DOMIN... J., 32 ans.

- En 1959 : douleurs lombaires gauches, fièvre, hématurie, pyurie. Urée sanguine : 0,50 g/l. UIV : Rein gauche muet. UPR : énorme hydronéphrose gauche.

- En Janvier 1960 : Intervention : Résection de la jonction gauche. Sonde urétérale. Sonde de néphrostomie.

Division d'urines post-opératoire :

R.G. :	R.D. (vessie) :
Urée urinaire = 8,8 g/l	16 g/l.

Pyélographie par la sonde de néphrostomie : grosse dilatation, pas de passage urétéral.

Montée de sonde urétérale : bute à hauteur de la jonction.

Après plusieurs tentatives de cathétérisme et vu le psychisme du malade, on décide de néphrectomiser.

- Le 2-3-1960 : néphrectomie gauche, après essai de conservation car rein encore fonctionnel, mais : très bon rein droit, psychisme particulier, mauvais fonctionnement rénal et évacuation défectueuse.

GAGN... Yv., 55 ans.

- En 1957 : découverte d'un gros rein droit douloureux et ptosé (UIV).

- En 1960 : néphropexie, mais persistance

des douleurs.

- En 1961 : sténose de la jonction pyélo-urétérale, confirmée par l'UPA. Résection de la jonction. Anastomose latéro-latérale (Van Lierrenberg).

- Six mois plus tard, très nette amélioration à l'urographie.

- Mais en 1962 : calcul pyélique droit ; extraction par pyélotomie. Extraction également d'un calcul du calice inférieur.

- Mais les douleurs persistent ; la fonction rénale droite, bien qu'améliorée, reste de qualité moyenne. Etant donné le psychisme de la malade (plusieurs dépressions), que l'absence de lithiase et la régression de l'hydronéphrose ne peuvent expliquer les douleurs, on pense que la néphrectomie droite peut guérir définitivement la malade.

- Mars 1964 : néphrectomie droite.

- 1965 : va très bien ; bon rein gauche.

DUCR... J.P., 28 ans.

- En 1958 : apparition de douleurs lombaires droites, albuminurie. UIV : bonne sécrétion, hydronéphrose droite. UPA : rétrécissement de la jonction pyélo-urétérale ; important retard d'évacuation.

- Le 8-10-1958 : Intervention (Dr. QUENU) : Résection de jonction, épaississement de la musculeuse pyélique, jonction inerte. Histologie : sclérose de la jonction.

- De 1958 à 1967 : l'état clinique est assez satisfaisant. Les UIV de contrôle confirment l'amélioration : seule l'évacuation des cavités excrétrices reste tardive.

- En 1967 : réapparaissent des coliques néphrétiques.

- Janvier 1968 : UIV : Rein dilaté, atone ; retards importants de sécrétion et d'évacuation ;

nombreuses pierres dans le calice inférieur.

Epreuves fonctionnelles globales : Urée = 0,30 g/l ; PSP = 35 % ; Clearances = 69-143. ECB : staphylocoques. Scintigraphie rénale : altération fonctionnelle du rein droit.

C O M M E N T A I R E S

Sur 97 cas de résection de la jonction pyélo-urétérale, 80 fois la fonction du rein concerné a été améliorée (1). 3 fois, il n'y a eu ni amélioration ni aggravation. 11 fois, l'insuffisance rénale s'est aggravée malgré la plastie de jonction. Enfin, 2 fois, alors que l'amélioration de la fonction rénale ne faisait pas de doute, la néphrectomie a été décidée pour des raisons essentiellement psychologiques (persistance de douleurs vives que n'expliquaient ni l'hydronéphrose, ni la lithiase, ni l'infection), et 1 fois, après 9 ans d'évolution favorable, la défaillance rénale s'est installée en quelques mois, dans un tableau de lithiase pyélique et calicielle.

Nous avons pu juger cette amélioration :

- sur la transformation de la symptomatologie clinique initiale ;

- sur des épreuves biologiques, des examens radiologiques (urographies intra-veineuses répétées, sous perfusion dans certains cas) ;

- enfin, dans quelques cas, sur les données de la scintigraphie rénale.

o

o o

(1)- 80 % d'amélioration franche,
20 % d'amélioration certaine mais assez discrète.

Les douleurs disparaissent en général. Leur persistance ou leur réapparition doit faire craindre trois complications sur lesquelles nous reviendrons (la pyélonéphrite aiguë, la lithiase, la sténose de la néo-jonction).

Leur signification n'est pas nécessairement péjorative, surtout si elles revêtent l'allure d'une colique néphrétique. Cette dernière, en effet, traduisant une distension et une souffrance des cavités excrétrices, ce qui laisse supposer une ultra-filtration glomérulaire et un certain tonus pyélique, témoigne d'une certaine qualité fonctionnelle du rein.

Les hématuries macroscopiques, que nous avons fréquemment observées dans notre série, ont plusieurs fois révélé l'hydronéphrose elle-même. Il s'agit alors d'hématuries à tendance récidivante, spontanées ou déclenchées par un traumatisme d'assez faible intensité.

Il importe de signaler que, dans aucun cas, l'hématurie n'a été en rapport avec une tumeur du rein.

Dans 4 observations, nous avons relevé l'existence d'une hypertension artérielle. 1 fois, la tension artérielle s'est normalisée dans les suites de la résection. 2 malades sont restés hypertendus (1 an de recul). 1 fois enfin, l'hypertension faisait partie de la symptomatologie d'une néphropathie glomérulaire.

L'état général, enfin, a été souvent amélioré par la résection de jonction. Dans une de nos observations concernant un enfant, une poussée staturo-pondérale importante a été enregistrée quelques mois seulement après l'intervention.

Nous avons pu apprécier la fonction du rein hydronéphrotique sur les chiffres des clearances de l'urée et de la créatinine, de la PSP, de la concentration uréique urinaire par 24 heures. Ces épreuves ont été plusieurs fois appliquées après division d'urines (montée de sonde à distance de l'intervention, urines recueillies par la sonde d'urétérostomie dans les suites opératoires) et, 9 fois, il s'agissait de rein unique (une agénésie rénale, 7 néphrectomies pour pyonéphroses calculeuses ou tuberculeuses, 1 néphrectomie pour contusion d'un hémi-rein en fer à cheval).

Sans négliger les renseignements intéressants fournis, dans certains cas, par la scintigraphie, la radiocinématographie et la prise des pressions intra-pyéliques, c'est surtout l'urographie intra-veineuse qui nous a permis, dans tous les cas, de suivre l'évolution de la fonction du rein hydronéphrotique après résection de jonction (délais de sécrétion du produit de contraste, densité de ce produit dans les cavités excrétrices, épaisseur du parenchyme rénal sur la néphrographie, délais d'évacuation pyélique).

Les délais d'amélioration de la fonction rénale sont variable. Parfois, rapidement après l'intervention, un rein qui était muet devient fonctionnel. Ailleurs, l'amélioration ne se dessine que plusieurs mois après la résection de jonction. Ce qu'il faut surtout souligner, c'est le caractère progressif de cette amélioration : sur les clichés de contrôle successifs, la sécrétion est de plus en plus précoce et la vidange pyélique de moins en moins tardive.

En général, l'amélioration de la fonction rénale précède la régression de l'hydronéphrose. (Celle-ci, pouvant encore durer plusieurs mois et même plusieurs années après la résection). Néanmoins, la persistance d'une grande distension pyélique avec vidange tardive et incomplète doit

faire craindre une nouvelle sténose de la jonction ou une atonie pyélique définitive et envisager une seconde résection de la jonction associée à la résection d'une plus ou moins grande partie du bassinet.

Par contre, si la vidange pyélique n'est pas trop tardive (avant 1 heure 30) et si elle est complète ou laissant un résidu de faible quantité, l'espoir de récupération de la motricité pyélo-urétérale est grand et avant même que l'hydronéphrose n'amorce sa phase de régression la valeur fonctionnelle du rein est déjà nettement améliorée.

Il s'ensuit que le parenchyme rénal récupère plus rapidement sa fonction que la musculature pyélo-urétérale, qui met plus de temps à retrouver sa tonicité habituelle et à rétablir son péristaltisme.

Ces faits importants ont été vérifiés dans notre série à chaque fois où le rôle de la résection a été bénéfique.

Les meilleurs résultats obtenus correspondent aux hydronéphroses dites aiguës ou paroxystiques à bassinet tonique, arrondi, bien dessiné, avec peu de retentissement caliciel. C'est dans ces formes que les délais d'amélioration ont été les plus courts et une résection limitée à la seule jonction s'est avérée suffisante. Par contre, dans les hydronéphroses dites chroniques, révélées tardivement, souvent énormes, à calices flétris remaniés par l'infection traînante, la récupération est beaucoup plus lente, parfois inespérée, si l'on ne réséque pas presque complètement un bassinet flasque et être parfois obligé de réaliser un drainage interne par iléoplastie.

Ainsi, se dégage une fois de plus cette liaison étroite entre la fonction du parenchyme rénal et celle du muscle lisse pyélo-urétéral.

Quels sont les facteurs capables d'influencer l'amélioration de la fonction rénale après résection de jonction ?

Le type histologique (dysectasie fonctionnelle ou obstacle organique) n'a joué aucun rôle notable dans notre série.

L'âge : souvent, l'hydronéphrose se révèle entre 20 et 30 ans. Mais certaines hydronéphroses se sont révélées tardivement, entre 50 et 60 ans, et l'effet du traitement a été favorable. D'autres, découvertes plus tôt chez des adolescents ou des adultes jeunes, ont déjà sévèrement retenti sur la fonction rénale, empêchant parfois tout traitement conservateur.

Plus que l'âge, ce qui importe donc, c'est le délai écoulé entre les premières manifestations, c'est-à-dire le temps où l'hydronéphrose est moins bien tolérée, et l'intervention (car beaucoup d'hydronéphroses évoluent lentement et se décompensent rapidement).

L'existence d'anomalies congénitales associées peut parfois diminuer le bénéfice de la résection. Dans une observation, une mégacolicose congénitale associée au syndrome de jonction était la seule explication à une insuffisance rénale résiduelle et définitive. Dans une autre observation, l'anomalie de jonction s'accompagnait d'un méga-uretère homolatéral par achalasie termino-urétérale, traité par résection du segment terminal de l'uretère et réimplantation antireflux ; mais le fait est encore trop récent pour juger du retentissement éventuel de cette deuxième anomalie.

La ptose du rein hydronéphrotique n'a pas aggravé le pronostic de l'hydronéphrose. Il faut noter cependant que la correction de la ptose (néphropexie) n'a pas amélioré l'hydronéphrose et que dans tous les cas une résection de jonction secondaire a été nécessaire.

La bilatéralité fréquente de l'hydronéphrose n'a jamais été un facteur d'échec, et souvent intervenant sur le côté fonctionnellement le plus atteint on a pu observer une belle amélioration de ce même côté.

Nous avons relevé, dans notre série, 3 observations de tuberculose urinaire et une de bilharziose urinaire. Mais dans ces 4 observations, les lésions spécifiques étaient peu importantes du côté de l'hydronéphrose et n'ont pas justifié un traitement chirurgical propre. Il faut noter que, dans un cas, les lésions histologiques au niveau de la jonction étaient spécifiques.

Dans 3 autres observations, le syndrome de jonction était associé à des néphropathies confirmées histologiquement par biopsie rénale. Dans un cas, la fonction rénale doublement affectée a été améliorée par la résection de jonction. Dans un deuxième cas, l'hydronéphrose était bilatérale, la valeur fonctionnelle du rein gauche était très réduite (1/10 du rein droit), la résection de jonction a légèrement amélioré ce même côté, mais une insuffisance rénale grave s'est installée à droite. Enfin, dans un dernier cas, une grande insuffisance rénale est survenue 3 ans après la résection de jonction qui a toutefois amélioré temporairement la fonction du rein hydronéphrotique.

Trois complications guettent l'avenir d'une hydronéphrose traitée par résection de la jonction pyélo-urétérale :

- la sténose de la néo-jonction,
- l'infection urinaire,
- la lithiase.

La reconstitution d'une sténose de la jonction, survenant de quelques semaines à plusieurs années après la résection, a été observée 6 fois. Il s'agit d'une sténose intrinsèque favorisée par l'oedème de

la bouche d'anastomose en rapport avec l'infection pyélique chronique ; les interventions antérieures sur le bassinet (plastiques ou pyélotomies), la lithiase qui aident au développement de la sclérose pariétale. Il s'agit, ailleurs, d'une sténose extrinsèque en rapport avec un infarctus polaire inférieur, après ligature d'un gros tronc artériel polaire inférieur ou avec une scléro-lipomatose péripyélique due à l'infection et aux fuites urinaires. En fait, c'est souvent la conjonction de ces deux facteurs intrinsèque et extrinsèque.

Cette nouvelle sténose se traduit par une aggravation de l'hydronéphrose et par un retentissement sur la fonction rénale. 4 fois, une seconde résection a été jugée nécessaire ; 1 fois, des dilatations par sonde urétérale ont été suffisantes ; 1 fois enfin, le traitement a consisté à libérer la jonction d'une gangue scléreuse, à mettre en place une sonde urétérale par urétérotomie, sous couverture antibiotique et sous corticoïdes. Dans chacun de ces cas, l'évolution a repris son cours normal, progressif vers l'amélioration.

L'infection et la lithiase méritent une mention spéciale, car elles revêtent dans notre série une grande importance.

L'infection urinaire bruyante (pyélonéphrite aiguë, pyonéphrose dans certains rares cas malchanceux) ou latente (découverte de germes dans les urines prélevées aseptiquement) est fréquente dans l'hydronéphrose et à tous les stades.

L'intervention déclenche souvent, ou fait accroître l'infection urinaire (bactériologique), mais il est rare que celle-ci prenne l'allure d'une pyélonéphrite aiguë.

Les manoeuvres instrumentales par voie basse (UPR, division d'urines), assez fréquemment pratiquées dans cette série d'observations, ont eu parfois le même effet que l'intervention elle-même,

donc sans gravité. 3 fois, elles ont donné lieu à des accidents : une septicémie à pyocyaniques qui a régressé, un syndrome septicémique également résolutif, enfin une pyélonéphrite aiguë compliquée de néphrite chronique ascendante au bout d'un mois.

Dans d'autres cas, les lavages et nitratages du bassinet après montée de sonde ont mieux permis de combattre une infection urinaire tenace.

L'utilisation prudente des antiseptiques urinaires, car certains ne sont pas dénués de toxicité pour le rein (sulfamides, Kanamycine), a permis d'obtenir dans de nombreux cas la stérilisation des urines, ou tout au moins des urines limpides contenant peu de germes. Cependant, malgré ces précautions, 7 fois le pronostic du rein hydronéphrotique a été assombri par l'évolution d'une néphrite chronique ascendante avec insuffisance rénale sévère et irréversible.

La lithiase est assez fréquemment associée à l'hydronéphrose (calicielle ou pyélique prisonnière). La résection de la jonction a permis, dans la majorité des cas, l'extraction de la totalité des calculs. Mais dans 13 cas, la lithiase a récidivé sous forme de pierres, de calculs coralliformes ou plus rarement de sable. Si le rôle de l'infection a été souvent retenu, nous avons observé 2 ou 3 récidives pratiquement sans infection urinaire. Dans un cas, il y avait une hypercalciurie. 4 fois, cette récidive lithiasique a eu un retentissement sévère sur la fonction rénale : dans un cas, le calcul était de siège lombaire et a rapidement aggravé l'état du rein sus-jacent hydronéphrotique. Dans 2 cas : nombreux calculs caliciels avec altération de la fonction rénale. Dans un dernier cas enfin, longtemps après la résection de jonction (9 ans), constitution de nombreuses pierres dans les cavités excrétrices avec altération fonctionnelle rapide. Outre l'infection et la lithiase qui apparaissent, comme nous venons de le voir, les causes principales

de détérioration de la fonction rénale, celle-ci peut se détériorer secondairement après la plastie parce que, initialement, le rein était très insuffisant. 2 fois nous avons assisté à la "mort lente" du rein hydronéphrotique qui était déjà muet sur plusieurs séries de clichés pratiqués avant la résection.

Cependant, devant une insuffisance rénale sévère, il ne faut pas se résigner à une néphrectomie de principe, surtout, bien entendu, s'il s'agit d'un rein unique : 2 fois la résection de jonction a permis à un rein sévèrement atteint de récupérer une fonction valable.

C O N C L U S I O N

Ainsi, tout au long de notre série d'observations composée pour la majorité des cas d'adultes, nous avons apprécié l'heureuse influence de la résection de la jonction pyélo-urétérale sur le rein (8 fois sur 10 environ).

Avec un recul de plus de 10 ans pour les premières résections et malgré un échec après plusieurs années d'évolution favorable, échec qui n'autorise pas le pessimisme, l'on peut considérer que la résection de jonction reste l'intervention de premier choix dans le traitement de l'hydronéphrose.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la Thèse,

R. KUSS

B I B L I O G R A P H I E

ARCHIMBAUD - Traitement conservateur de l'hydronéphrose par résection de la jonction pyélo-urétérale.- Lyon Médical, 1964.

AUVERT J.- Notions actuelles sur le retentissement rénal des affections des voies excrétrices ; valeur et intérêt de la manométrie urinaire.- J. Méd. chirurg. prat., 1959.

BALFOUR, CAMPBELL - Résultats du traitement de l'hydronéphrose.- J. of Urolog., Sept. 1964.

BRUEZIERE - L'hydronéphrose.- Encyclop. Méd. Chir..

CIBERT J.- Le deuxième rein dans l'hydronéphrose.- J. d'Urologie, Janvier 1958.

COUVELAIRE R.- Comparaison discordante des moules radiologiques de la jonction pyélo-urétérale pathologique et des lésions anatomiques.- J. Urol., Mai 1956.

DELIVELIOTIS et KEHAYAS - Résultats éloignés de 13 cas de résection étendue de la jonction pyélo-urétérale dans le traitement de l'hydronéphrose de l'adulte.- J. Urol., Juillet 1967.

DERMATAS - Résultat des interventions conservatrices dans le traitement de l'hydronéphrose.- J. Urol., Décembre 1956.

KUSS R., CAMEY - Résection de la jonction pyélo-urétérale. 100 cas.- Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Novembre 1959.

KUSS R.- Iléo-urétéroplastie totale dans le traitement des hydronéphroses géantes.- J. Urologie, Octobre 1957.

KUSS R., CHATELAIN - Aggravation de l'hydronéphrose après section d'un pédicule vasculaire anormal (2 observations).- J. d'Urologie, Août 1967.